

NYPL RESEARCH LIBRARIES



3 3433 05872008 1





\* 9.11











Родъ

ПС

П. М.

Авг

В-101

Ерп

Ср

Н

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Ср

Годъ шестой.

1887.

Томъ XI—№ 1.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ И СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,  
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ (Петербургъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Полтава), М. А. Аше (Петербургъ), Н. Н. Баженовъ (Рязань), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), Брейтманъ (Парижъ), В. А. Бряницовъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Москва), Ф. Ф. Брунсъ (Симферополь), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гиршсонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Харьковъ), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. Ф. Галенко (Умань), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), Я. А. Давидовъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Харьковъ), Д. А. Дриль (Москва), В. Х. Нандинскій (Петербургъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Новаленская (Петербургъ), Д. В. Куцларскій (Могилевъ), М. Е. Ліонъ (Одесса), В. В. Лесевичъ (Тверь), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), Н. М. Поповъ (Петербургъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Тамбовъ), М. П. Симоновичъ (Одесса), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), Н. П. Сулима (Имполь), А. Толоконниковъ (Ярославъ), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), А. Г. Штейнбергъ (Варшава), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), Н. И. Щербининъ (Харьковъ), А. А. Яковлевъ (Харьковъ) и друг.

ХАРЬКОВЪ.

Контора редакціи: Михайловская площ., № 18.

Типографія М. Ф. Зильберберга.

## ОГЛАВЛЕНІЕ.

<b>Проф. П. И. Ковалевскій.</b> Питаніе душевныхъ боль- ныхъ.....	1
<b>Я. А. Давидовъ,</b> Параноя и ступоръ .....	31
<b>Prof. Wernicke,</b> Задачи клинической психіатріи. Пе- реводъ К. Н. Ковалевской .....	40
<b>А. Н. Толоконниковъ,</b> Медицинскій отчетъ по Яро- славскому дому умалишенныхъ за 1886 годъ.....	48
<b>Г. Брейтманъ,</b> Инспекторатъ надъ психіатрическими домами во Франціи.....	62
<b>А. Г. Штейнбергъ и П. А. Троицкій,</b> Иванъ Рома- новичъ Пастернацкій .....	67
<b>Критика и библіографія:</b> <i>Проф. Д. Н. Зерновъ,</i> Рѣдкій случай видоизмѣненій Роландовой борозды и центральныхъ извилинь, 76.— <i>Dr. П. Викторовъ,</i> Ученіе о личности, какъ нервно-психическомъ организмѣ, 76. — <i>Dr. Н. С. Да- милло и Блауменау,</i> О вліяніи гипноза на возбудимость моз- говой коры, 84.— <i>Dr. Бабаевъ-Бабаянъ,</i> Матеріалы къ воп- росу о вліяніи гидроэлектрическихъ ваннъ на кожную чув- ствительность и на артеріальное кровяное давленіе у чело- вѣка, 84.— <i>Dr. И. Рождественскій,</i> О локализациі слухо- выхъ ощущеній, 86.— <i>Dr. Пекёръ,</i> О патолого-анатомиче- скихъ измѣненіяхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно вызваннаго малокровія, 92.— <i>Dr. Грейден- бергъ,</i> Случай періодическаго спинно-мозгового паралича, 101. — <i>Dr. Озерецковскій,</i> Еще объ истеріи въ войскахъ, 102.— <i>Dr. Roscioli,</i> Церебральная геміатрофія съ послѣдовательными imbecillitas и гемиплегіей, 102.— <i>Dr. Erlenmeyer,</i> Страсть къ употребленію морфія и ея леченіе, 103.— <i>Prof. Emminghaus,</i> Психозы дѣтскаго возраста, 105.— <i>Dr. Ziehen,</i> Сфигмографиче- скія изслѣдованія у душевно больныхъ, 106.— <i>Dr. Rumpf,</i> Си- филитическія заболѣванія нервной системы, 108.— <i>Dr. Euph- rat,</i> О сумашествіи близнецовъ, 114.— <i>Dr. Bartels,</i> О вѣсѣ мозга у душевно-больныхъ, 115.— <i>Prof. Munk,</i> Изслѣдованіе щитовидной желѣзы, 116.— <i>Prof. Forel,</i> Анатомическія раз- сужденія и данныя относительно головного мозга, 117.— <i>Dr. Friedmann,</i> О прогрессивныхъ измѣненіяхъ узловыхъ клѣ-	



АРХИВЪ  
ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ  
и  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ.

Дозволено цензурою. Харьковъ, 23-го Января 1888 года.

---

Харьковъ. Типогр. М. Ф. Зильберберга, Рыбн. ул., № 25.

Годъ шестой.

1887.

Томъ XI—№ 1.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ И СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,  
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

---

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. И. Автократовъ (Петербургъ), Э. И. Андрускій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Полтава), М. А. Аше (Петербургъ), Н. Н. Башеновъ (Рязань), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), Брейтманъ (Парижъ), В. А. Бранцовъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Москва), О. О. Брунсъ (Симферополь), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Винторовскій (Варшава), Я. В. Гиршсонъ (Курскъ), Э. В. Гутинновъ (Харьковъ), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), Я. А. Давыдовъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Харьковъ), Д. А. Дриль (Москва), В. Х. Нандинскій (Петербургъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Норсановъ (Москва), Е. И. Компантійская-Ковалевская (Петербургъ), Д. В. Кулярсскій (Могилевъ), М. Е. Люнь (Одесса), В. В. Лесевичъ (Тверь), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухомъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), Н. М. Поповъ (Петербургъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Тамбовъ), М. П. Симоновичъ (Одесса), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), Н. П. Сулима (Ямполь), А. Толоконниковъ (Ярославль), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), В. Ф. Чинъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орелъ), А. Г. Штейнбергъ (Варшава), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), Н. И. Щербининъ (Харьковъ), А. А. Яковлевъ (Харьковъ) и друг.

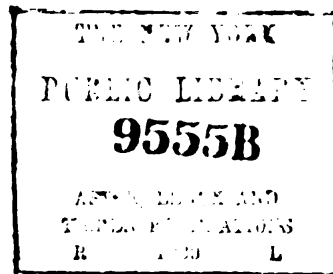
---

Х А Р Ъ К О В Ъ.

Контора редакціи: Михайловская площ., № 18.

---

Типографія М. Ф. Зильберберга.





## Редакціей получены слѣдующія книги:

*Dr Морозовъ*, Анатомія пищевода и къ ученію о раковомъ суженіи этого органа, его леченію катетризаціей, электролизомъ и гастротоміей.—*Dr Добротворскій*, Воздухъ корабельныхъ трюмовъ съ гигиенической точки зрѣнія.—*Dr Большесольскій*, Къ вопросу о сравнительномъ дѣйствіи двуіодистой и двухлористой ртути, какъ антисептическихъ средствъ.—*Dr Клементьевъ*, Опытъ количественнаго опредѣленія микроорганизмовъ въ кладбищенской почвѣ.—*Dr Яковлевъ*, Къ вопросу объ обуви,—Матеріалъ для опредѣленія среднихъ размѣровъ колодокъ.—*Dr Кенисбергъ*, Опытъ медико-топографическаго изслѣдованія г. Оренбурга.—*Dr Давыдовъ*, О количественныхъ отношеніяхъ припека къ влажности хлѣба и муки.—*Dr Бродовичъ*, Отношеніе влажности воздуха въ жилыхъ помѣщеніяхъ къ заболѣванію дыхательныхъ путей.—*Dr Колесинскій*, Къ вопросу о вліяніи русской бани на отдѣленіе молока у кормилицъ.—*Dr Антаевъ*, Матеріалы для фармакологіи гидрохинона.—*Dr Курчаниновъ*, Матеріалъ къ вопросу объ усвояемости азотъ-содержащихъ частей пищи.—*Dr Назаровъ*, Усиленное кормленіе чахоточныхъ мясными порошками по способу Дебова.—*Dr Далингеръ*, Медико-статистическое изслѣдованіе татарскаго населенія астраханскаго сѣзда.—*Dr Урюмовъ*, О вліяніи лакированія и нѣкоторыхъ другихъ раздраженій кожи на газообмѣнъ у животныхъ.—*Dr Намансонъ*, Матеріалы къ водолеченію горячечныхъ.—*Dr Rieger*, Основы ученія объ электричествѣ въ медицинѣ, переводъ подъ ред. проф. Дохмана.—*Dr Eyselen*, Tisch für Nervenkrankhe.—*Dr Albrecht Erlenmeyer*, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung.—Труды Высочайше утвержденнаго русскаго общества охраненія народнаго здравія. Т. I, II и III.—*Проф. Д. Н. Зерновъ*, Рѣдкій случай видоизмѣненія формы Роландовой борозды и центральныхъ извилинъ мозга.—*Prof. Wernicke*, Die Aufgaben der klinischen Psychiatrie.—*Prof. Wernicke*, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bei cerebraler Lähmung.—*Проф. В. М. Бехтеревъ*, Къ вопросу о центральныхъ окончаніяхъ слухового

## II

нерва и о фізіологическомъ значеніи его преддверной вѣтви.—*Проф. В. М. Бехтеревъ*, О центральныхъ окончаніяхъ тройничнаго нерва.—*Проф. В. М. Бехтеревъ*, О заднихъ корешкахъ, мѣстѣ ихъ окончанія въ сѣромъ веществѣ спинного мозга и объ центральномъ продолженіи.—*Dr Деомидовъ*, Сулема, какъ средство, оплотняющее мозгъ.—*Dr П. Викторовъ*, Ученіе о личности, какъ нервно-психическомъ организмѣ.—Записки Кіевского общества естествоиспытателей, приложение къ VIII тому.—Протоколы пятого сѣзда земскихъ врачей Владимірской губерніи съ приложеніями къ нимъ.—*П. Н. Тарновская*, О нѣкоторыхъ антропологическихъ измѣреніяхъ и физическихъ признакахъ вырожденія у привычныхъ проститутокъ.—*Prof. Bechterew*, Ueber die hinteren Nerwenwurzeln, ihre Endigung in der grauen Substanz des Rückenmarks und ihre centrale Fortsetzung im letzteren.—*Kowalenskaja-Kompaneiskaja*, Beiträge zur vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Hirnrinde des Menschen und einiger Säugethiere.—*Dr Anna Gitiss*, Beiträge zur vergleichenden Histologie der peripheren Ganglien.—*Dr Anna Kotlarewzky*, Physiologische und mikrochemische Beiträge zur Kenntnis der Nervenzellen in den peripheren Ganglien.—*Prof. Flesch*, Versuch zur Ermittlung der Homologie der fissura parieto-occipitalis bei der Carnivoren.—*Проф. Ф. А. Патенко*, Къ ученію объ асфиксіи въ судебно-медицинскомъ отношеніи.—*Проф. Ф. А. Патенко*, Der Kehlkopf in gerichtlich-medizinischer Beziehung.—*Dr С. С. Корсаковъ*, Къ вопросу о не-сгѣсненіи.—*Dr С. С. Корсаковъ*, Къ вопросу о призрачій душивно-больныхъ на дому.—*Prof. Ball*, Эротическое умопомѣшательство, перев. *Dr А. А. Яковлева*.—*Dr A. Rothe*, Die erste Sammlung der russischen Irrenärzte.—*Dr. А. И. Роме*, Злоупотребленіе спиртными напитками въ царствѣ польскомъ въ сравненіи съ другими странами.—Труды общества русскихъ врачей въ Москвѣ, 1887, № 3 и 4-й.—Протоколы засѣданій Щигровскаго медицинскаго общества, за 1885 г.—*Dr Lunz* Ueber die Affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Processen.—*Prof. Lange*, Ueber Gemüthsbewegungen.—*Dr Neisser*, Ueber die Katatonie.—*Biese*, Die Entwicklung des Naturgefühls im Mittelalter und in der Neuzeit.—*Dr С. Бѣляковъ*, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной нервной системы при старческомъ слабоуміи.—*Dr П. А. Архангельскій*, Отчетъ по осмотру русскихъ психіатрическихъ заведеній, произ-

### III

веденному по порученію Московскаго губернскаго земскаго санитарнаго совѣта.—*Dr П. Я. Розенбахъ*, Основы діагностики нервныхъ болѣзней.—Протоколы засѣданій Темниковскаго медицинскаго общества, № 6.—Труды физико-медицинскаго общества при Московскомъ университетѣ, за 1886 и 1887 гг.—*Dr Пекѣръ*, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно вызваннаго малокровія.—*Dr В. Пекѣръ*, Критическія замѣтки по поводу значенія искусственныхъ продуктовъ при опѣнкѣ воспалительныхъ и атрофическихъ процессовъ въ элементахъ центральной нервной системы.—*Dr Яценко*, Гигіена тѣла и души.—*Prof Exner*, Schablone des menschlichen Gehirns.—Протоколы Кавказскаго медицинскаго общества за 1887 г.—Труды врачей Одесской городской больницы, вып. V.—*Prof. Kowalewsky*, Ueber die Einwirkung des Alloxantins auf das Blut.—*Dr Crothers*, Cause and cure of Jnebriety.—*Dr Crothers*, Jnebriety and Heredity.—*Dr Crothers*, Reception.—*Dr Crothers*, Jnebriety Asylums.—*Dr Crothers*, States of Delirium in Jnebriety.—*Dr Crothers*, Jnebriety maniacs.—*Dr Crothers*, Certain Hereditary and Psychical Phenomena in Jnebriety.—*Dr Crothers*, The Disease of Jnebriety.—Отчетъ о состояніи Курскаго дома умалишенныхъ, *Dr Гирисонъ*.—Протоколы засѣданій губернскаго земскаго врачебнаго совѣта въ Курскѣ.—Сводъ свѣдѣній объ эпидемическихъ болѣзняхъ Курской губерніи за 1886 г.—*Butler*, The Curability of Jnsanity.—*М. А. Поповъ*, Анатомическія замѣтки.—Дневникъ общества Казанскихъ врачей, № 23—24.—*Prof. Bechterew*, Zur Frage über die secundären Degenerationen des Hirnschenkels.—Die Bedeutung d. Sehhügel auf Grund von experimentellen und pathologischen Datten.—*Prof. Bianchi*, Sulla patogenesi della tabe con speciale riguardo alla sifilide.—*Prof. Bianchi*, La polarizzazione psichica nella fase sonnambolica dell'ipnotismo.—*Prof. Bianchi*, In causa di uxoricidio sulla persona di persecucione.—*Prof. Bianchi*, Un caso surdita verbale.—*Dr Синани*, Отчетъ по Колмовской больницѣ душевныхъ болѣзней съ 1-го ноября 1886 г. по 1-е января 1887 г.—*Dr Якута*, Медицинскій отчетъ за 1886 годъ по Житомирской городской больницѣ.—*Dr Мальцевъ*, Обзоръ дѣятельности Полтавской губернской земской лечебницы для душевно-больныхъ за 1886 г.—Труды общества военныхъ врачей въ Москвѣ, № 4.—Труды общества военныхъ врачей въ Москвѣ, № 5 и 6.—

#### IV

*Д. А. Дрилъ*, Малолѣтніе преступники, в. 2... Психологія преступленія.—*Проф. Л. С. Миноръ*, Къ вопросу о пьянствѣ и его леченіи въ спеціальныхъ заведеніяхъ для пьяницъ.—*Dinga*, L'hérédité des instincts, des passions et des sentiments.—*Prof. Meynert*, Mechanik der Physionomik.—*Dr Ziehen*, Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. — *Dr Kastschenko*, Die graphische Isolierung. — *Dr Kastschenko*, Methode zur genauen Reconstruction kleinerer macroscopischer Gegenstände.—*Dr Kastschenko*, Das Schlundspaltengebiet des Hühnchens. — *Dr Löwenfeld*, Die moderne Behandlung der Nerwenschwäche.—

---



## Питаніе душевныхъ больныхъ.

Проф. П. И. Ковалевскій.

Человѣческій организмъ состоитъ изъ отдѣльныхъ органовъ, столь разумно между собою соединенныхъ, что всѣ они служатъ одному—наиболѣе удобному существованію даннаго организма. Это есть государство съ ограниченнымъ образомъ правленія,—и это ограниченіе имѣетъ въ основѣ своей принципъ: служить общему дѣлу, чтобы однако было удобно каждому члену отдѣльно; малѣйшая попытка повредить одному изъ членовъ этого организма злостно отзывается на экономіи всѣхъ остальныхъ членовъ. Вотъ почему здѣсь строго, хотя безсознательно, соблюдается принципъ—каждый для всѣхъ.

Разсматривая эти органы, мы видимъ, что каждый изъ нихъ состоитъ изъ отдѣльныхъ тканей, имѣющихъ свою исторію и свое отдѣльное существованіе, отличающіяся отъ другихъ въ химическомъ, физическомъ, физиологическомъ, эмбриологическомъ и др. отношеніяхъ. И разница эта слишкомъ велика. Мы имѣемъ здѣсь и плотную кость, и жидкую кровь, и эластичный мускулъ, и газообразныя тѣла. И тѣмъ не менѣе всѣ они служатъ одному тѣлу, всѣ они служатъ одной цѣли, всѣ они составляютъ нѣчто нераздѣльное, цѣлое.

Однако подобная разница будетъ сглаживаться, если мы не ограничимся отдѣльными тканями и перейдемъ къ разсмотрѣнію составныхъ частей—тѣхъ элементарныхъ частицъ, изъ которыхъ устроятся отдѣльныя части этихъ тканей. Въ этомъ отношеніи мы увидимъ, что каждая изъ этихъ частицъ, каждый изъ этихъ элементовъ составляетъ собою особый живой организмъ, имѣющій свое самостоятельное существованіе. Это будетъ организмъ, имѣющій свое происхожденіе отъ матери и, въ свою очередь, дающій жизнь другимъ организмамъ. Таковы всѣ клѣтки нашихъ тканей. Такова нервная клѣтка, такова соединительно-тканная клѣтка и т. д. Каждая изъ этихъ клѣтокъ имѣетъ исторію своего происхожденія, существованія, болѣзней и умиранья. Такимъ образомъ нашъ орга-

низмъ состоитъ изъ миллиардовъ отдѣльныхъ самостоятельныхъ организмовъ, которые, живя совершенно своеобразно и независимо жизнью, взаимнымъ сочетаніемъ своимъ даютъ то цѣлое, которое мы видимъ въ образѣ человѣка. Извѣстное сочетаніе этихъ частей отражается, какъ на отличномъ строеніи того или другого организма, такъ и на отличіи его функций.—въ этомъ заключается сущность индивидуализаціи. Она также присуща каждому цѣлому организму, какъ и отдѣльной его составной части, т. е. отдѣльной составной части его организма, независимому республиканцу, состоящему въ свою очередь изъ своеобразнаго сочетанія миллиардовъ, составляющихъ его, молекулъ. Быть можетъ, въ индивидуализаціи этихъ республиканцевъ играетъ роль уже химическій составъ ихъ и молекулярныя соотношенія этихъ составныхъ частей.

Мы знаемъ однако, что химическій составъ ихъ въ общемъ много общъ для всѣхъ и отличается только небольшими качественными и количественными деталями. Основное существо этихъ элементовъ составляютъ N, O, C, S, Ph и проч. Отличіе будетъ состоять только въ количествѣ ихъ для того или другого сорта элементовъ и взаимномъ ихъ сочетаніи; кромѣ того, въ отдѣльныхъ элементахъ могутъ присоединяться новыя составныя части, въ другихъ онѣ будутъ отсутствовать вовсе, или присутствовать только въ видѣ слѣдовъ.—Это первое сходство отдѣльныхъ составныхъ частей тканей.

Далѣе, составныя части этихъ элементарныхъ частицъ тканей существуютъ въ видѣ органическихъ соединеній, получать которыхъ синтетическимъ путемъ до сихъ поръ почти не удавалось. Оказывается, что и органическія группы этихъ элементовъ въ основѣ своей тождественны; главныя составныя ихъ части почти однѣ и тѣ же,—и отличаются онѣ между собою пропорціональнымъ отношеніемъ этихъ частей и нѣкоторыми качественными добавленіями, или дефектами. Это отличіе количественно возрастаетъ по мѣрѣ соединенія этихъ отдѣльныхъ элементовъ въ пучки и цѣлые органы.

Основными органическими составными частями этихъ тканевыхъ элементовъ будутъ: азотистыя вещества, углеводы, клей-дающія вещества и соли,—или, разбивая ихъ на отдѣльныя группы: бѣлки, жиры, углеводы, клей-дающія вещества, соли, вода и проч.

Одно свойство приравниваетъ между собою всѣ разобранныя части, какъ цѣльный живой организмъ, такъ и составныя

его части, даже до республиканскихъ элементовъ—это то, что всѣ онѣ живутъ, всѣ онѣ питаются. Въ каждый данный моментъ жизни этихъ организмовъ они производятъ ассоціацію и диссоціацію тканей—ихъ образованіе и распаденіе,—и это относится какъ къ цѣлому, такъ и къ отдѣльнымъ составнымъ его частицамъ. Жизнь именно и состоитъ въ поглощеніи необходимаго и въ выдѣленіи ненужнаго.

Эти поглощаемыя вещества не всѣ цѣликомъ идутъ на поглощающіе организмы: часть изъ нихъ усваивается ими, другая же часть, ненужная, въ видѣ отбросковъ, выносятся изъ организма выдѣлительными путями. Ассимилированныя питательныя вещества идутъ частью исключительно на поддержаніе жизни организма,—частью же на проявленіе его функцій. Отсюда слѣдуетъ, что количество поглощаемаго питательнаго матерьяла должно находиться въ прямомъ отношеніи съ производительностью организма. Отсюда вытекаетъ также указаніе и на нѣкоторыя качественныя отношенія въ составныхъ частяхъ принимаемой пищи, соотвѣтственно преимущественной дѣятельности того или другого органа.

Такимъ образомъ изъ этого вытекаетъ выводъ: мы должны питаться для поддержанія жизни нашего организма,—мы должны питаться на столько, на сколько истрачено матерьяла въ данномъ организмѣ, и преимущественно тѣми веществами, которыя наиболѣе затрачены.

Чѣмъ руководствуется человѣкъ при выборѣ своей пищи? Аппетитомъ. Онъ ѣстъ столько, сколько хочетъ, и ѣстъ то, что хочетъ. Это инстинктивное явленіе есть лучшій руководитель нашего жизненнаго существованія. Онъ указываетъ намъ не только, сколько мы должны ѣсть, но и что мы должны ѣсть. Человѣкъ, проработавшій долгое время тяжелую физическую работу, съ удовольствіемъ съѣстъ кусокъ мяса и неохотно ограничится только зеленью,—напротивъ, разлѣнившійся въ жаркую пору бездѣльникъ съ неменьшимъ удовольствіемъ ограничится ботвиньей. Аппетитъ и потому еще для насъ можетъ служить прекраснымъ руководителемъ, что въ основѣ его лежитъ біологическая законность.

Въ самомъ дѣлѣ, наблюдаемъ подъ микроскопомъ жизнь амебы. Она охватываетъ частицу окружающей ее протоплазмы, сливается вмѣстѣ съ ней и послѣдняя въ ней исчезаетъ,—она ассимилировалась тѣломъ амебы. Между тою и другою существуетъ химическое средство. Въ основѣ побужденія къ принятію пищи служитъ простой законъ химическаго притя-

\*

женія,—процессъ ассимиляціи состоялъ въ химическомъ спѣленіи и произошла она въ силу химическаго средства. Воля въ данномъ случаѣ отъ нуля. Поднимаясь выше въ лѣстницѣ живого, это явленіе усложняется и у человѣка оно является въ видѣ аппетита и этотъ аппетитъ подсказываетъ не только количество, но и качество пищи, необходимыя для продленія существованія даннаго существа.

Но какъ во всемъ въ природѣ, такъ и въ области аппетита существуютъ отклоненія и болѣзни. И эти отклоненія особенно часты въ области нервныхъ и душевныхъ заболѣваній. Поэтому указанный нами руководитель весьма часто является здѣсь не пригоднымъ. Мы докажемъ это примѣрами. Въ самомъ дѣлѣ, очень многіе истеричные весьма долгое время бываютъ лишены аппетита. Неужели же мы должны повторствовать имъ и не вводить имъ пищи! Тѣ же самое бываетъ и съ многими душевными больными... А нѣкоторые нервные и душевные больные имѣютъ побужденіе къ употребленію завѣдомо отвратительныхъ вещей, какъ: экскременты, лягушки, жуки и проч. (Campbell<sup>1</sup>),—или вредныхъ и опасныхъ для организма, какъ яды... Неужели мы и въ этомъ должны повторствовать имъ?!.. Здравый разсудокъ этого не позволяетъ.

Очевидно одинъ аппетитъ не можетъ намъ служить во всѣхъ случаяхъ показателемъ для количественнаго и качественного употребленія пищевыхъ веществъ.

Мы должны имѣть для этого другую мѣру и другой показатель. Такимъ показателемъ служить намъ физиологическая и гигиеническая норма. Онѣ учатъ насъ сколько, какихъ веществъ и для какого возраста и пола должно употреблять ежедневно, чтобы существованіе даннаго лица было вполне обезпечено.

Зная сколько и какихъ веществъ нужно вводить въ организмъ для поддержанія его физиологическаго равновѣсія при тѣхъ или другихъ условіяхъ, мы позволяемъ себѣ предложить вопросъ: въ какомъ видѣ было бы наиболѣе удобно вводить эти вещества въ организмъ человѣка? Химикъ скажетъ намъ, что самое лучшее будетъ, если ихъ станемъ вводить въ чистомъ простомъ органическомъ соединеніи, т. е. такое то количество бѣлковъ, такое то жировъ, такое то крахмала, соли, воды и проч. Но клиника говоритъ намъ нѣчто иное. Она требуетъ, чтобы эти вещества были въ известной формѣ сочетанія, болѣе или менѣе пріятной для вкусовыхъ ощу-

<sup>1</sup>) Campbell, Journal of mental Science, 1886, 3.

ній даннаго челоѣка. Вотъ почему мы предпочитаемъ болѣе сложную пищу, хотя бы соединенную съ лишними и ненужными для организма, частями пищи, пищѣ простой и элементарной. Въ приѣмѣ пищи нужно различать не только химическое ея сродство, но и вліяніе ея на нервную систему органа вкуса и желудка.

Питаніе представляетъ одно изъ важныхъ условій какъ въ этиологій, такъ и въ леченіи душевныхъ больныхъ. Мы знаемъ, что очень многіе случаи психозовъ имѣютъ въ основѣ своей нарушенное питаніе организма. Знаемъ также и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ самъ психозъ ведетъ къ истощенію организма, а за тѣмъ это послѣднее поддерживаетъ существованіе психоза. Поэтому забота о достаточномъ питаніи организма душевныхъ больныхъ стоитъ на первомъ планѣ у каждаго психіатра.

Это не значитъ, что во всѣ времена смотрѣли на достаточное питаніе больныхъ, какъ на что-то необходимое. Напротивъ, было время, когда на голодъ и жажду смотрѣли если не какъ на прямое лечебное средство отъ душевныхъ заболѣваній, то по меньшей мѣрѣ, какъ на вспомогательное. Уже Pinel <sup>1)</sup> настаивалъ на достаточномъ питаніи душевныхъ больныхъ и уменьшеніе имъ порцій пищи считалъ за причину увеличенной смертности. Rheil <sup>2)</sup> требуетъ достаточнаго и обильнаго питанія стола для умалишенныхъ, отвергая ложное предположеніе, будто сильное безпокойство и волненіе или припадки бѣшенства суть признаки излишней органической силы. Въ наше время нѣтъ необходимости доказывать этой азбучной истины; но внимательное изученіе различныхъ случаевъ психозовъ привело насъ къ убѣжденію, что и въ отношеніи питанія душевныхъ больныхъ требуется не упускать изъ вниманія индивидуальныя условія организма того или другого субъекта. Будетъ большою ошибкою держаться шаблона—назначить душевнымъ больнымъ питательную пищу и этимъ только ограничиться. Что въ однихъ случаяхъ будетъ питательнымъ и поправляющимъ организмъ, то въ другихъ случаяхъ можетъ повести къ большому разрушенію. Поэтому и въ выборѣ пищи для душевныхъ больныхъ нужно быть осмотрительнымъ, какъ и въ выборѣ всѣхъ остальныхъ условій ихъ существованія.

<sup>1)</sup> Pinel, *Traité med. philosophique sur l'alienation mentale*, 1809.

<sup>2)</sup> Rheil, *Rhapsodien über d. Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung* 1818.

Прежде указанія свойствъ пищи, необходимыхъ для различныхъ видовъ душевныхъ больныхъ, я позволю себѣ напомнить общія условія ассимиляціи различныхъ веществъ организмомъ.

Изъ пищевыхъ веществъ, употребляемыхъ въ пищу, мы можемъ назвать: бѣлки, жиры, углеводы, клей-дающія вещества, воду, соли и вкусовые вещества. Организмъ не можетъ существовать, при исключительномъ питаніи однимъ только какимъ-нибудь изъ этихъ веществъ. Для полного равновѣсія питанія организма необходимо пропорціональное употребленіе каждаго изъ нихъ,—хотя болѣе другихъ могли бы продержатъ въ равновѣсіи бѣлковые вещества. Такъ какъ ни одинъ изъ предметовъ существующаго міра не содержитъ въ себѣ питательныхъ элементовъ въ надлежащемъ соотношеніи, то приходится употреблять въ пищу смѣшеніе различныхъ веществъ и предметовъ пищи.

Нарушенія питательнаго равновѣсія въ организмѣ, въ дефектную сторону его, могутъ обусловливаться различными условіями, главнымъ же образомъ двумя: недостаточнымъ поступленіемъ въ экономію организма питательнаго матеріала и значительнымъ перерасходованіемъ его противъ нормальной экономіи. Въ области психопатологіи могутъ быть случаи и той и другой категоріи и, наконецъ, могутъ быть случаи комбинаціи обѣихъ категорій.

На врачѣ лежитъ обязанность устранить и тотъ и другой недостатокъ, для этого онъ долженъ во 1-хъ изучить свойства пищевыхъ веществъ и условія ихъ ассимиляціи и 2-хъ этиологію дефекта питанія.

Что касается пищевыхъ веществъ, то они не одинаково относятся къ обмѣну въ организмѣ. Величина распада бѣлковыхъ веществъ въ значительной степени зависитъ отъ количества вводимыхъ бѣлковъ съ пищею въ организмъ. Съ этой точки зрѣнія питаніе одними бѣлковыми веществами или преимущественно ими будетъ невыгодно; для экономіи дефектнаго организма болѣе полезна такая комбинація пищевыхъ элементовъ, при которой была бы наибольшая экономія для организма. Въ этомъ случаѣ прибавленіе жировъ къ бѣлковой пищѣ будетъ практичнымъ, такъ какъ этимъ добавленіемъ уменьшается распадъ бѣлковыхъ веществъ.

а. Мясо. Однимъ изъ питательнѣйшихъ веществъ для организма принято считать бычачье мясо; поэтому во всѣхъ случаяхъ анеміи мясо назначается въ чрезмѣрномъ количествѣ:

и въ видѣ скобленаго сырого мяса, и въ видѣ крѣпкаго бульона, и въ видѣ порошка и т. д. Въ области психозовъ малокровіе одно изъ частыхъ явленій,—поэтому и въ такихъ случаяхъ мясо находитъ очень обширное примѣненіе. По мнѣнію William Edwards, основанному на динамометрическихъ данныхъ, приемы мясной пищи повышаютъ мускульную силу. При мясной пищѣ умственная и мускульная дѣятельность также повышается. Это все правда. Но есть и непріятныя стороны, получаемыя при употребленіи бычачьяго мяса. Бычачье мясо дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на нервную систему. Усиленіе мускульной и мозговой дѣятельности идетъ не только на счетъ укрѣпленія мускула, но и на счетъ усиленія его раздражимости. Нѣкоторые думаютъ, что если они не принимали мясной пищи, то какъ бы и не ѣли. Это потому они такъ говорятъ, что смѣшиваютъ возбужденіе нервныхъ центровъ съ питаніемъ. Причина такой усиленной возбудимости нервной системы бычачьимъ мясомъ намъ до сихъ поръ ни химиками, ни гигиенистами вполне не выяснена; но клиническія наблюденія насъ убѣждаютъ въ этомъ ежедневно. По мнѣнію Uherek <sup>1)</sup>, такое усиленное раздражающее вліяніе бычачьяго мяса, особенно на нервныхъ людей, лежитъ въ присутствіи въ немъ какихъ то экстрактивныхъ веществъ, и поэтому онъ считаетъ исключительную мясную діету для нервныхъ людей вредною. По Kemmerich'у, собака кормимая однимъ мяснымъ экстрактомъ, содержащимъ въ себѣ большое количество креатина, креатинина, ксантина и проч. умираетъ ранѣе, чѣмъ вполне голодающая собака. Очевидно, что вліяніе этихъ экстрактивныхъ веществъ, какъ продуктовъ обратнаго метаморфоза, не будетъ для организма безразличнымъ. По мнѣнію Leven <sup>2)</sup>, не слѣдуетъ давать въ большомъ количествѣ бычачьяго мяса дѣтямъ и нервнымъ людямъ, потому что излишекъ его можетъ служить къ развитію нейрозовъ, быть можетъ, путемъ воздѣйствія на plexus solaris. Съ 4-хъ лѣтъ бычачье мясо можно давать дѣтямъ раза 4 въ недѣлю,—въ остальные же дни замѣнять его мясомъ бѣлой рыбы. „Боязнь анеміи и слабости заставляеть держать дѣтей, какъ хищниковъ. Думая укрѣпить ихъ, мы даемъ имъ по нѣсколько разъ въ день мясо и вино; но ребенокъ становится блѣднымъ, худымъ, капризнымъ и раздражительнымъ. Его память и воля слабѣ-

<sup>1)</sup> Uherek, Die functionelle Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehung zu den Sexualeiden, 1887.

<sup>2)</sup> Leven, La neurose.

ютъ, онъ становится умственно лѣнвымъ. Вотъ почему, пока нервная система развивается, бычачьяго мяса, особенно сырого, давать дѣтямъ много не слѣдуетъ; а вина вовсе не давать.

Далѣе, должно обращать вниманіе на то, чѣмъ обуславливается анемія—недостаточнымъ ли подвозомъ питательнаго матерьяла,—или же усиленною раздражительностью нервной системы и крайней повышенностью дѣятельности организма. Въ послѣднемъ случаѣ назначеніе бычачьяго мяса, какъ исключительнаго питательнаго вещества, будетъ едва ли умѣстно.

Вотъ почему бычачье мясо должно быть назначаемо душевнымъ и нервнымъ больнымъ съ большимъ разборомъ; весьма полезное въ однихъ случаяхъ, оно является не пригоднымъ въ другихъ. Весьма полезное при *melancholia passiva et attonita*, *stupor* и *dementia*, оно рѣшительно будетъ въ большомъ количествѣ неудобнымъ при *anxietas praecordialis*, *melancholia activa*, *mania*, психозахъ вырожденія и эпилепсін.

Еще болѣе возбуждающимъ образомъ на нервную систему дѣйствуетъ мясо дикихъ животныхъ, какъ дикой козы, кабана, дрофы, зайца и проч. По Моешоту <sup>1)</sup> мясо дикихъ животныхъ богаче креатининомъ, чѣмъ мясо домашнихъ животныхъ. Кромѣ его возбуждающаго дѣйствія на нервную систему, оно считается не особенно удобоваримымъ еще и по своей жесткости. По Моешоту дичь обязана своимъ вкусомъ преимущественно большому содержанію въ ней креатинина. Тоже находимъ мы и у Voit'a <sup>2)</sup>. Беккерель<sup>3)</sup> говоритъ, что послѣ обѣда изъ дичи пищевареніе сопровождается иногда жаромъ въ кожѣ и родомъ лихорадочнаго движенія.

Мясо свиньи считается неудобоваримымъ по большому количеству заключающагося въ немъ жира.

Болѣе мягкимъ и болѣе удобоваримымъ признаютъ мясо телянка и барана. Нѣкоторые больные, страдающіе головными болями, ѣдятъ это мясо безнаказанно, тогда какъ, употребляя мясо быка, они испытываютъ усиленіе болей (Leven).

Мясо рыбъ, по своему составу, приближается къ мясу млекопитающихъ, но оно не дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на нервную систему,—за то мясо жирныхъ рыбъ не вполне удобоваримо. Что касается его питательности, то въ этомъ отношеніи точныхъ данныхъ по отношенію ко всѣмъ

<sup>1)</sup> Моешотъ, Ученіе о пищѣ стр. 100.

<sup>2)</sup> Voit, Физиологія общаго обмена веществъ и питанія стр. 555.

<sup>3)</sup> Беккерель, Гигіена, стр. 349.



видамъ рыбъ не существуетъ. Изслѣдованія Д-ра Кіянницина<sup>1)</sup> о питательности трески привели его къ тому выводу, что треска по своему составу представляетъ пищевой продуктъ, очень богатый бѣлковыми тѣлами. Въ этомъ отношеніи она можетъ быть поставлена на ряду съ такими веществами, какъ: мясо, яйца и молоко. Усвояемость бѣлковыхъ тѣлъ трески кишечникомъ не уступаетъ мясу теплокровныхъ животныхъ; усвояемость соленой и сухой трески значительно улучшается при смѣшанной пищѣ.

По аналогіи съ питательностью трески, можно употреблять и другіе виды мяса рыбъ и съ особенною пользою тамъ, гдѣ питаніе не должно дѣйствовать раздражающимъ образомъ на нервную систему,—это: при маниакальномъ періодѣ прогрессивнаго паралича, маніи, нервной раздражительной слабости, *anxietas praecordialis* и проч.

б. Яйца относятся къ весьма питательнымъ пищевымъ веществамъ, хотя не всѣ желудки ихъ одинаково переносятъ. Относительно того, какія яйца удобоваримѣй—круто сваренныя, или слабо сваренныя, или вовсе не варенныя—вопросъ не окончательно разрѣшенный. Лучше всего онъ разрѣшается практикою: одни люди прекрасно переносятъ круто-сваренныя яйца,—другія полужидкія и т. д.

с. Молоко. Не менѣе прекраснымъ питательнымъ средствомъ служитъ молоко. Знаменитый врачъ 16 ст. Костеусъ Лаудензисъ<sup>2)</sup> считалъ молоко жизненнымъ элексиромъ и лечилъ имъ всѣ болѣзни. Не менѣе знаменитый швейцарскій врачъ Венферъ<sup>3)</sup>, убѣдившись въ необыкновенной цѣлебной силѣ молока, восклицаетъ: „certe, divini aliquid in lacte latet, antequam nunquam credidissem, nisi in sensibus comperissem“. Но еще за сотни сотенъ лѣтъ до дѣятельности этихъ знаменитыхъ ученыхъ, природа указала на прекрасныя питательныя свойства этого вещества, предназначивъ его на питаніе въ первые дни жизни не только всѣхъ млекопитающихъ, но и своего любимца—человѣка. И въ эти первые дни жизни молоко способствуетъ не только поддержанію жизни новорожденныхъ, беззащитныхъ существъ, но и росту ихъ организма. Въ дальнѣйшей жизни человѣка, когда со стороны организма требуются большія затраты силъ и энергіи въ области нервной,

<sup>1)</sup> И. И. Кіянницинъ, Питательность трески.

<sup>2)</sup> De lactis, serique natura et in medicina usu. Ioannis Costei Laudensis, 1595.

<sup>3)</sup> Busggraff, De mirabili lactis asini in medendo usu 1725.

мускульной и проч. системъ, исключительное питаніе организма молокомъ становится уже недостаточнымъ; но преимущественное его употребленіе, особенно въ видѣ леченія, приноситъ нерѣдко пользу.

*Леченіе молокомъ.* Леченіе молочной діэтой извѣстно уже съ давнихъ поръ; правильное же, систематическое молочное леченіе принадлежитъ послѣднему времени. Карель<sup>1)</sup>, Pecholier<sup>2)</sup>, Lebert<sup>3)</sup>, Winternitz<sup>4)</sup>, Weir Mitchel<sup>5)</sup> и др. рекомендовали леченіе то исключительно, то предпочтительно молочной діэтой. Въ числѣ другихъ болѣзней, при которыхъ рекомендовалась, какъ лечебное средство, молочная діэта, упоминаются такъ же нейрастенія, истерія и проч. И дѣйствительно, какъ эти болѣзни такъ и многія другія очень легко и удобно поправляются при помощи молочной діэты. Нужно только, чтобы она назначена была у мѣста и рационально.

Я лично съ большимъ успѣхомъ пользовался примѣненіемъ молочной діэты при истеріи, нейрастеніи, патолобін, легкихъ случаяхъ меланхоліи, основанной на сильно выраженномъ малокровіи и многихъ другихъ случаяхъ. Я, однако, никогда не назначалъ исключительно молочной пищи, а всегда смѣшанную, съ предпочтительно молочной. Изъ другихъ пищевыхъ веществъ при этомъ рекомендовались особенно растительная пища и плоды, а также небольшое количество жировъ и небольшое количество мяса. Во всѣхъ случаяхъ наступало очень быстрое поправленіе и выздоровленіе, и я почти не видѣлъ неудачныхъ случаевъ при этомъ способѣ леченія.

Но при этомъ требуется строгая система и полная дисциплина. Во многихъ случаяхъ больные относились крайне не дружелюбно къ молоку: или оно имъ было противно, или оно ихъ слабило, или вызывало изжогу, кислую отрыжку и проч. Въ такихъ случаяхъ леченіе начиналось двумя рюмками молока въ день: одна утромъ и одна вечеромъ. Иногда къ этому подмѣшивалось полъ-ложечки рому или коньяку, сахаръ, соль, сода и пр. Каждый день къ этимъ рюмочкамъ присоединялось по одной рюмочкѣ, пока больные доходили до стакана молока утромъ и вечеромъ. Эти два стакана была начальною нормою и для тѣхъ

<sup>1)</sup> Карель, Ulber die Milchkur, Petersburg. med. Zeitschr. 1865

<sup>2)</sup> Pecholier, Montp. med. T. XVI.

<sup>3)</sup> Lebert, Milch—und Molkenkuren. 1869.

<sup>4)</sup> Winternitz, Wiener medicin. Presse, 1870.

<sup>5)</sup> Weir Mitchel, On the use of skimmed milk. Philad. med. Tim. 1870.

случаевъ, когда у больныхъ не наблюдалось никакой идиосинкразіи къ молоку. Съ этого собственно начиналось леченіе. Начавши по стакану молока утромъ и вечеромъ, больные должны были чрезъ каждые 3 дня прибавлять по новому стакану молока, пока они не достигали 9 стакановъ въ день. На послѣдней цифрѣ больные останавливались и держались на ней недѣль 4—6 и затѣмъ постепенно уменьшали.

Молоко допускалось по выбору больныхъ: одни предпочитали сырое, другіе—кипяченое,—одни любили пить теплое, другіе—холодное. Но во всѣхъ случаяхъ требовалось, чтобы промежутки между пріемами молока были равные: если нужно было пить три стакана, то требовалось, чтобы время между первымъ и вторымъ стаканомъ равнялось времени между вторымъ и третьимъ и т. д. Далѣе, требовалось, чтобы молоко не выпивалось сразу, а принималось въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени глотками, напр. въ теченіи 7—10'.

Какъ я уже сказалъ, я никогда не назначалъ исключительно молочной діеты, а всегда смѣшанную, при чемъ опредѣлялось время принятія другихъ сортовъ пищи, не совмѣстно съ молочной. Кромѣ того, я всегда при этомъ предписывалъ строгій порядокъ жизни по часамъ, а иногда и минутамъ и, обязательно, физическій трудъ на свѣжемъ воздухѣ. При такомъ способѣ леченія я въ очень многихъ случаяхъ получалъ благотѣльные результаты. Больные, начавшіе съ неохотою такой способъ леченія, очень скоро сами убѣждались въ его полезномъ вліяніи и всецѣло увлекались имъ.

д. Растительныя вещества. Въ экономіи человѣческаго организма, повидимому, серьезное значеніе имѣютъ растительныя вещества. Это ихъ значеніе обусловливается главнымъ образомъ содержаніемъ крахмала, идущаго на поддержаніе температуры тѣла. Что же касается питательныхъ свойствъ бѣлковыхъ веществъ, то они во многомъ не уступаютъ животной пищѣ, особенно по разнообразію составныхъ частей. Leven, располагая питательныя вещества въ порядкѣ ихъ питательности, даетъ такой рядъ: яйца, молоко, чечевица, бѣлый хлѣбъ,—мясо же, имѣющее одни азотистыя вещества и содержащее мало жира и полное отсутствіе крахмала, занимаетъ мѣсто только за симъ. Нѣкоторыя растительныя вещества, какъ горохъ, чечевица и бобы содержатъ бѣлковыхъ веществъ болѣе, нежели мясо. Разумѣется, не всѣ раститель-

ныя вещества содержатъ одинаковое количество питательныхъ веществъ, а одни больше,—другіе меньше. Нѣмцы въ этомъ отношеніи отдають предпочтеніе гороху,—ихъ гороховая колбаса являлась пригодной даже въ военное время, при чрезмѣрно усиленномъ трудѣ солдатъ,—французы же отдають предпочтеніе чечевицѣ. При питаніи растительною пищею, даже въ совершенно достаточномъ количествѣ, умственная и мускульная система представляютъ несравненно меньше энергіи и бодрости, чѣмъ при питаніи мясною пищею.—Вѣсь тѣла при однообразной растительной пищѣ падаетъ,—при разнообразной же повышается. Настроеніе духа при разнообразной растительной пищѣ хорошее (Бафталовскій<sup>1)</sup>). Растительный бѣлокъ—легуминъ, по Молешоту, представляетъ ту особенность, что содержитъ въ значительномъ количествѣ фосфоръ. Исходя изъ того положенія, что „безъ фосфора нѣтъ мысли“, онъ приходитъ къ тому выводу, что для питанія мозга необходимо употреблять въ пищу мясо, хлѣбъ, горохъ и кушанья, содержащія готовый фосфорный жиръ, какъ напр. рыбу и яйца, которыя облегчаютъ доставку мозгу этой необходимой для него составной пищи. Этотъ фосфорный жиръ обуславливаетъ развитіе, а слѣдовательно и дѣятельность мозга.

Рекомендуя растительную пищу для душевныхъ и нервныхъ больныхъ, особенно тамъ, гдѣ противопоказуется употребленіе большого количества бычачьяго мяса, мы вмѣстѣ съ тѣмъ позволяемъ себѣ рекомендовать также плоды и фрукты, какъ въ сыромъ, такъ и въ вареномъ видѣ,—особенно такія нѣжныя, какъ: виноградъ, сливы, вишни, хорошія груши и проч.

*Виноградное леченіе.* Существуетъ система леченія виноградомъ, состоящая почти въ исключительномъ питаніи виноградомъ, при чемъ остальная пища допускается въ очень небольшомъ количествѣ и по крайне осмотрительному выбору. Насколько эта система леченія удобопримѣнима въ другихъ отдѣлахъ медицины, я не берусь судить; что же касается нейронпатологій въ широкомъ смыслѣ слова, то я не могу признать такое исключительное леченіе виноградомъ рациональнымъ.

По своимъ убѣжденіямъ, основаннымъ на теоріи и опытѣ, я принадлежу, въ области своей специальности, скорѣе къ вегетарианцамъ. Во многихъ случаяхъ я противъ злоупотребле-

<sup>1)</sup> Бафталовскій. Вліяніе различнаго рода пищи на качество и количество азотистаго метаморфоза у человѣка.

нія животными бѣлками и сторонникъ замѣны ихъ растительными бѣлками. Но какъ съ одной стороны я далеко не вполнѣ изгоняю животные бѣлки для нервныхъ больныхъ, такъ съ другой стороны я не считаю рациональнымъ и исключительное употребленіе растительной пищи. Исключительное леченіе виноградомъ есть одно изъ увлеченій, не всегда являющееся безвреднымъ для организма.

Виноградъ при другой пищѣ приноситъ существенную пользу, если его употреблять 2—4 фунта въ день; при эгомъ лучше всего дѣлать его на порціи, приблизительно, на 3—4 приема въ день; разумѣется, кожица и косточки выбрасываются. Подобное леченіе виноградомъ чрезвычайно полезно въ періодѣ поправленія во всѣхъ психозахъ и нейрозахъ, особенно же при меланхоліи. Прекрасное сочетаніе условій въ этомъ случаѣ является въ Крыму: виноградъ, горный и морской воздухъ и морскія купанья.

Я никоимъ образомъ не держусь того убѣжденія, что при употребленіи винограда не слѣдуетъ ѣсть другихъ фруктовъ. По моему, это положеніе фальшиво. Черезъ это виноградъ скоро пріѣдается и становится въ тягость. Напротивъ, разнообразіе приема фруктовъ полезно во всѣхъ отношеніяхъ.

Вообще я держусь того положенія, что *при всѣхъ видахъ нейрозовъ и психозовъ фрукты одинъ изъ полезнѣйшихъ и желательныхъ сортовъ пищи..*

е. Вкусовые вещества. Нѣтъ слова, что самый простѣйшій и легчайшій способъ питанія организма состоялъ бы въ приемѣ тѣхъ простѣйшихъ химическихъ элементовъ, изъ которыхъ состоятъ отдѣльныя части нашего организма. Это было бы употребленіе N, O, H, S, C и т. д. Но природа распорядилась такъ, что эти самыя части, поддерживающія равновѣсіе нашего организма, при употребленіи ихъ въ видѣ органическихъ соединений, совершенно остаются безъ результата при употребленіи ихъ въ простѣйшемъ видѣ. Вотъ почему N, Ph, S и пр., остающіеся безъ вліянія въ простѣйшемъ неорганическомъ видѣ, будутъ наиболѣе питательнымъ веществомъ въ органическомъ соединеніи, особенно при извѣстныхъ сочетаніяхъ.

Но и этого мало. Если бы мы брали для питанія размѣренное количество бѣлковъ, жировъ, крахмала, солей, воды, золы и проч.; то нерѣдко мы вызвали бы, вмѣсто питанія организма, только рвоту и, во всякомъ случаѣ, отвращеніе отъ пищи, истощеніе и смерть. Для поддержанія равновѣсія организма

требуется, чтобы мы принимали пищу въ известномъ видѣ, одну вареную, другую сырую, одинъ разъ въ одномъ сочетаніи, другой разъ въ другомъ. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ выдвигается впередъ известныя, чисто внѣшнія, условія въ соотношеніи пищевыхъ веществъ, часто не имѣющія ничего общаго ни съ ихъ химическимъ соотношеніемъ къ нашему питанію, ни съ физическимъ. Бываетъ и такъ, что человѣку пріятнѣе такая форма пищи, которая менѣе удобоварима, чѣмъ таже пища, но въ другомъ видѣ,—въ этомъ отношеніи мы укажемъ на теплый, только что спеченый хлѣбъ, болѣе любимый всѣми, но менѣе удобный для пищеваренія, и хлѣбъ, употребляемый въ пищу спустя день послѣ спеченія, менѣе пріятный, но болѣе удобоваримый. Далѣе, есть вещества, которыя сами по себѣ могутъ быть очень удобоваримы и питательны, но, въ виду ихъ вкуса, неудобны для постоянного питанія, тогда какъ при прибавленіи къ нимъ другихъ веществъ для насъ становятся излюбленными,—такъ напр. яйца съ солью и безъ соли.

Этимъ самымъ выдвигается вопросъ объ употребленіи вкусовыхъ веществъ, какъ горчица, перецъ, корица, гвоздички и проч.

Въ общемъ дѣйствіе ихъ таково, что сами по себѣ они не поддерживаютъ питанія организма, но своимъ присутствіемъ они способствуютъ появленію лучшаго аппетита, увеличенному отдѣленію слюны и другихъ соковъ, и дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ на вкусовые нервы, а быть можетъ и на окончанія *plexus solaris* и тѣмъ способствуютъ лучшей ассимиляціи пищи. Вотъ почему этими веществами не слѣдуетъ пренебрегать при леченіи душевныхъ больныхъ, гдѣ мыжелаемъ поднять ихъ питаніе. Особенно важно это замѣчаніе въ примѣненіи къ питанію душевныхъ больныхъ во многихъ душевныхъ отдѣленіяхъ земскихъ больницъ, при шаблонномъ распредѣленіи порцій.

Очень часто сумма пищевыхъ веществъ, отпускаемыхъ такимъ больнымъ, въ количественномъ отношеніи, болѣе чѣмъ достаточна: но слишкомъ продолжительное однообразіе ординарныхъ и проч. порцій, нерѣдко длящееся многіе мѣсяцы и годы, такъ пріѣдается несчастнымъ больнымъ, что они получаютъ отвращеніе къ этой пищѣ, отказываются отъ нея, худѣютъ, истощаются и, при прочихъ неблагоприятныхъ условіяхъ, составляютъ прекрасную почву для скорбута. Немного

поразнообразьте пищу, добавьте къ ней хотя чуточку вкусовыхъ веществъ, и таже пища дастъ совершенно иной результатъ.

Изъ вкусовыхъ веществъ мы остановимся на дѣйствіи горчицы и перца, какъ наиболѣе общеупотребительныхъ веществъ. Еще Діоскоридъ<sup>1)</sup> хвалитъ горчицу при эпилепсіи. Аретей<sup>2)</sup> давалъ горчицу при угнетеніи нервной системы. По мнѣнію Mitscherlich'a<sup>3)</sup>, эфирное горчичное масло, введенное въ желудокъ кролика въ количествѣ  $\frac{3}{8}$ , убивало кролика въ  $\frac{1}{2}$  часа, не производя воспаления желудка, очевидно дѣйствуя непосредственно на нервную систему. По Буржинскому<sup>4)</sup>, горчица не оказываетъ какого либо замѣтнаго вліянія на улучшеніе усвоенія азота изъ смѣшанной пищи, въ продолженіи небольшихъ промежутковъ времени и въ небольшихъ дозахъ; кромѣ того горчица ухудшаетъ усвоеніе жира, и у непривычныхъ людей вызываетъ расстройства пищеварительнаго канала.

По Neumann'у<sup>5)</sup> послѣ приѣма 2,5 grm. чистаго пиперина испытываются различныя ощущенія въ периферической нервной системѣ. Чельцовъ<sup>6)</sup> полагаетъ, что перецъ совершенно индифферентно относится къ желудочному пищеваренію, а горчица только въ малыхъ дозахъ не препятствуетъ переваренію бѣлка, а въ большихъ угнетаетъ его. Буржинскій находитъ, что перецъ понижаетъ усвоеніе азота изъ смѣшанной пищи и у непривычныхъ людей можетъ вызывать расстройства пищеваренія.

Voit предполагаетъ, что вкусовыя вещества оказываютъ вліяніе на процессы пищеваренія и питанія своимъ дѣйствіемъ на нервную систему. Вкусовыя и пахучія вещества, кромѣ возбужденія вкусовыхъ и обонятельныхъ нервовъ, вліяютъ еще и на кишечникъ, подготавливая его къ пищеваренію.

---

Намъ остается сказать нѣсколько словъ о времени приѣма пищи и температурѣ пищи.

---

<sup>1)</sup> Dioscorides, Libr. II, cap. 148.

<sup>2)</sup> Areteus, De curatione acutorum. Libr. 1, cap. II

<sup>3)</sup> Mitscherlich, Lehrbuch der Arzneimittlehre, 1849.

<sup>4)</sup> Буржинскій, Матеріалы къ діететикѣ острыхъ вкусовыхъ веществъ.

<sup>5)</sup> Neumann, Ueber den vorzugsweise Wirksamen Bestandtheile des schwarzen Pfeffers, 1860.

<sup>6)</sup> Чельцовъ, Ежедневная клиническая газета, 1886, №№ 16—18,

Въ большинствѣ земскихъ больницъ приемы пищи распределены такъ: утромъ чай, въ 12—1 часъ обѣдъ, вечеромъ чай или легкій ужинъ. Такимъ образомъ пища принимается въ достаточномъ количествѣ только одинъ разъ въ день. Такой распорядокъ мы считаемъ совершенно неразумнымъ. Въ основу кормленія должно быть принято положеніе: вводить пищу меньшими количествами, но почаще. Съ этой точки зрѣнія было бы лучше, если бы пища больнымъ давалась три раза въ день: завтракъ, обѣдъ и легкій ужинъ, за достаточное количество часовъ до сна. Что же касается слабыхъ и истощенныхъ больныхъ, то имъ лучше всего было бы давать пищу по немногу, чрезъ каждые два часа. Тѣ неудобства и нѣкоторое увеличеніе расходовъ, которые изъ за этого возникаютъ, вполне окупятся полученною пользою.

Мало обращается вниманія также и на температуру принимаемой пищи; между тѣмъ это вопросъ не безразличный, въ смыслѣ цѣлости организма и усвояемости пищи. Исслѣдованія проф. Костюрина<sup>1)</sup> показали, что введеніе горячей воды въ желудокъ щенятъ вызывало у нихъ паренхиматозное и интерстиціальное воспаленіе слизистой оболочки. Правда, эти эксперименты производились на молодыхъ щенятахъ, для которыхъ температура воды была вовсе необычна въ смыслѣ температуры пищи, принимаемой собаками,—тѣмъ, не менѣе эти почтенные опыты служатъ намъ предостереженіемъ для болѣе осторожнаго обращенія съ температурой принимаемой пищи.—Исслѣдованія же Нарбута<sup>2)</sup> показали, что высокая температура принимаемой пищи и питья понижаетъ усвоеніе азотистыхъ частей ея.

f. Специальныя указанія назначенія пищи. Обращаясь къ назначенію пищи при отдѣльныхъ видахъ душевныхъ болѣзней, мы обязательно должны обращать вниманіе на характеръ и сущность болѣзни. При своемъ распредѣленіи душевныхъ болѣзней мы держимся того положенія, что всѣ онѣ могутъ быть раздѣлены на два большихъ отдѣла: болѣзни, являющіяся первично у людей, по природѣ съ мощными мозгами, и на болѣзни людей, наслѣдственно имѣющихъ инвалидные мозги. Это дѣленіе не лишено основанія и при назна-

<sup>1)</sup> Проф. С. Д. Костюринъ, О вліяніи горячей воды на слизистую оболочку желудочно-кишечнаго канала у собакъ.

<sup>2)</sup> С. О. Нарбутъ, Къ вопросу о вліяніи высокой и низкой температуры пищи и питья на усвоеніе азотистыхъ частей у здоровыхъ людей.



ченіи питанія этимъ больнымъ. Первая группа заставляетъ насъ принимать во вниманіе при назначеніи питанія только одного человѣка, съ окружающей его обстановкой,—вторая добавляетъ еще исторію его семьи. Во второй группѣ, при всѣхъ случаяхъ болѣзненнаго проявленія ея, мы должны имѣть въ виду, что имѣемъ дѣло съ мозгами неустойчивыми, склонными ко всевозможнаго рода колебаніямъ и вспышкамъ.

Къ первой группѣ или къ группѣ первичныхъ психозовъ относятся меланхолія и манія. Предполагается, что въ основѣ этихъ психозовъ лежитъ нарушеніе питанія, всѣхъ его видовъ при чемъ для меланхоліи будетъ недостатокъ питательнаго матеріала для мозга, для маніи же—его избытокъ.

Недостатокъ питанія мозга можетъ обуславливаться очень многими причинами. Сюда относятся случаи общаго истощенія организма, какъ напр. послѣ острыхъ и инфекціонныхъ процессовъ, когда недостатокъ питательнаго матерьяла будетъ общимъ какъ для мозга, такъ и для всего организма,—сюда же относятся и тѣ случаи, когда трата, при дѣятельности мозга, превышаетъ его возстановленіе, результатомъ чего явится истощеніе органа,—сюда же, наконецъ, относятся и случаи нарушенія питанія мозга отъ чисто мѣстныхъ краниальныхъ условій.—Съ клинической точки зрѣнія мы дѣлимъ меланхолію на два отдѣла—*melancholia passiva* и *melancholia activa*. Первая характеризуется подавленностью всѣхъ сферъ организма, душевныхъ и тѣлесныхъ,—при второй же мы имѣемъ частичную агитацію и по временамъ даже очень рѣзкіе взрывы аффектовъ.

Принимая во вниманіе все вышесказанное о вліяніи пищевыхъ веществъ на нервную систему, мы естественно приходимъ къ выводу, что питаніе этихъ двухъ группъ должно быть неодинаково.

Главная задача при леченіи пассивной меланхоліи—поднять питаніе всего организма и поднять дѣятельность его заснувшихъ органовъ. Слѣдовательно, рядомъ съ пополненіемъ матеріи организма требуется и стимулятивное дѣйствіе на его органы. Въ этомъ случаѣ назначеніе въ изобиліи бычачьяго мяса будетъ вполне уместно, вполне пригодно и обязательно. Вместе съ возстановляющимъ вліяніемъ тканей,—мы вносимъ при этомъ вещество, дѣйствующее импульсивнымъ образомъ на его нервную систему. Это будетъ главная болѣзнь, гдѣ кормленіе бычачьимъ мясомъ должно стоять на первомъ планѣ. Внося значительное количество мяса въ организмъ,

разумѣется нужно позаботиться и о томъ, чтобы оно вводилось не одновременно, а раза 3—4 въ сутки, и при томъ удобнѣе въ мелчайшей формѣ, чтобы не обременять желудка, усиленную дѣятельностью,—слѣдовательно, лучше всего въ формѣ мелкаго порошка, приготовленнаго при низкой температурѣ. Нѣкоторые имѣютъ привычку добавлять при этомъ нѣсколько соляной кислоты. Исслѣдованія пищеварительной силы меланхоликовъ Noorden'омъ<sup>1)</sup> показали, что количество кислоты въ желудкѣ меланхоликовъ, особенно же соляной, всегда имѣется въ изобиліи и пищеварительная способность ихъ желудковъ прекрасна. Въ семействахъ людей состоятельныхъ можно рекомендовать, чтобы для пассивныхъ меланхоликовъ бычачье мясо по временамъ замѣнялось дичью, питательныя свойства которой, а вмѣстѣ съ тѣмъ и стимулятивное дѣйствіе на нервную систему, стоятъ еще выше, чѣмъ такіа-же дѣйствія бычачьяго мяса.

Естественно однако, что, не смотря на прекрасное дѣйствіе дичи и бычачьяго мяса на меланхоликовъ, никто же не станетъ кормить ихъ исключительно только этимъ мясомъ. Напротивъ, и здѣсь, какъ вездѣ, долженъ строго соблюдаться принципъ разнообразія пищи. Поэтому, къ бычачьему мясу должно добавлять и другія сорта пищи, какъ: яйца, молоко, растительную пищу и фрукты. За подобное разнообразіе пищи стоитъ также Chalmers da Costa. Для насъ важно то, чтобы при питаніи этихъ больныхъ на первомъ планѣ стоялъ животный бѣлокъ и при томъ особенно въ формѣ бычачьяго мяса.

Къ этой же категоріи можно отнести и ту форму инсидиума, которая приближается по своимъ проявленіямъ болѣе къ пассивной, чѣмъ къ активной меланхоліи,—со случаями же инсидиума съ возбужденіемъ нужно быть осторожнѣй и питать такихъ больныхъ по діетѣ активныхъ меланхоликовъ.

Сюда же относятся до нѣкоторой степени и случаи ступора, если только организмъ такихъ больныхъ представляетъ значительное истощеніе; хотя при выборѣ имъ сорта мяса, лучше останавливаться на баранинѣ и телятинѣ, чѣмъ на бычачьемъ мясѣ.

Активная меланхолія, имѣя въ основѣ своей недостаточное питаніе, представляетъ однако явленія раздражительности, злости и повышенія возбудимости. Питая такихъ больныхъ

<sup>1)</sup> Noorden, Archiv für Psychiatrie, Bd. XVIII, H. 2.

бычачьимъ мясомъ и дичью, мы будемъ вмѣстѣ съ питательными веществами вносить и вещества возбуждающія, почему, вмѣсто покойнаго поправленія организма, мы усилимъ его возбужденіе и будемъ поддерживать истощенное состояніе. Вотъ почему при выборѣ питательныхъ веществъ для активныхъ меланхоликовъ слѣдуетъ держаться того правила, чтобы эти вещества не дѣйствовали возбуждающимъ образомъ. На первомъ планѣ здѣсь можно рекомендовать телятину и баранину, затѣмъ уже яйца, молочную и растительную пищу. Въ періоды же возбужденія, напр. при сильномъ развитіи *anxietas praecordialis*, или *raptus melancholicus*, полезнѣе мясо животныхъ прекращать вовсе и замѣнять его бѣлками яицъ, молока и растительными бѣлками. Употребленіе молочной пищи при активной меланхоліи и маніи рокомендуетъ также и da-Costa<sup>1)</sup>. Употребленіе пряностей и приправъ должно быть или ограничено, или и вовсе прекращено. Этой же діеты должно держаться при леченіи ипохондріи съ возбужденіемъ и *desthymia neuralgica*.

Анатомическую основу маніи составляетъ усиленный притокъ крови къ центральной нервной системѣ,—клинически онъ выражается: усиленной воспримчивостью органовъ чувствъ, усиленной возбудимостью области представленій и крайне усиленной подвижностью органовъ рефлекторныхъ и произвольныхъ движеній. Естественно, что такая повышенная дѣятельность всѣхъ системъ организма не можетъ не отразиться на экономіи организма; недѣли и мѣсяцы непрерывнаго движенія,—такіе же періоды безсонницы, естественно, ведутъ къ истощенію организма. Поэтому само-собою разумѣется, что количественное питаніе такихъ больныхъ должно быть повышено,—такой человекъ тратитъ матеріала болѣе, чѣмъ солдатъ въ военное время,—и на усиленное питаніе такихъ больныхъ должно быть обращено серьезное вниманіе.

Характеръ болѣзни до нѣкоторой степени служитъ намъ указаніемъ діеты. Говядина и дичь, какъ дѣйствующія возбуждающимъ образомъ на нервную систему, будутъ едва ли умѣстны. Оставляя въ сторонѣ раздражающее дѣйствіе ихъ состава на нервы, мы должны имѣть въ виду уже и то, что исключительное питаніе мясомъ не удерживаетъ равновѣсія питанія человека, усиленно мускульно работающаго (Voit<sup>2)</sup>),

<sup>1)</sup> Da Costa, Journal of Nervous and mental Diseases 1887, 7.

<sup>2)</sup> Voit, l. c. 559.

\*

а требуетъ дополненій. Даже баранину и телятину мы рекомендовали бы назначать по перемежно съ мясомъ рыбы. Недостатокъ животныхъ бѣлковъ можно пополнять повышенными дозами молока и растительной пищи. Вкусовые вещества и пряности въ данномъ случаѣ тоже едва-ли будутъ умѣстными.

Все сказанное о діетѣ при маніи можетъ быть всецѣло отнесено и къ маниакальному періоду прогрессивнаго паралича, при которомъ возбужденіе нервной системы бываетъ также повышено, хотя вслѣдствіе органическихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ.

Слабоуміе есть состояніе развалины прежняго величія, являющееся или вслѣдствіе пожара, или вслѣдствіе наводненія. Будетъ ли это исходъ меланхолии, или маніи, во всѣхъ случаяхъ слабоуміе представляетъ состояніе апатіи, отсутствія вниманія, потери инициативы, анестезіи, дефектовъ мыслительной области, значительную ея недѣятельность и существенную мускульную неподвижность. Человѣкъ лишенъ импульса и потому не живетъ, а прозябаетъ. Между тѣмъ, въ большемъ количествѣ случаевъ, это не есть еще отрицательная величина,—во многихъ случаяхъ еще нервные элементы головного мозга существуютъ,—правда, многіе изъ занятыхъ прежде представленіями будутъ безвозвратно разрушенными,—но зато остаются такіе, которые служили прежде запасными. Слѣдуетъ поставить мозгъ въ условія, дѣлающія его способнымъ къ воспріятію и наполненіе свободныхъ элементовъ возможно,—нужно дать импульсъ мозговой дѣятельности и дѣятельность эта можетъ проявиться. Для этого прежде всего нужно повысить и урегулировать питаніе мозга и дать мозгу легкій толчекъ, легкое возбужденіе. Исходя съ этой точки зрѣнія, мы позволяемъ слабоумнымъ назначать говядину, а въ случаяхъ возможности и дичь,—далѣе, молоко, растительную пищу, особенно фрукты, и даже вкусовые вещества и пряности. Такой составъ пищи будетъ соотвѣтствовать состоянію мозга и, по нашему, является наиболѣе цѣлесообразнымъ. Разумѣется одна діета, безъ физическихъ упражненій, обученія, развлеченій и проч, ни къ чему не поведетъ,—но зато она много поможетъ при исполненіи другихъ условій леченія слабоумныхъ.

Группа вырожденія весьма велика. Сюда относятся очень многіе нейрозы, нейро-психозы и психозы. Одними изъ важнейшихъ членовъ этой группы, какъ основа и фонъ для раз-

витія другихъ болѣе сложныхъ формъ, будутъ нейрастенія и истерія. Далѣе сюда же относятся: патолобія, насильственные представленія, насильственные побужденія (пироманія, дипсоманія, морфіоманія, клептоманія и проч.), насильственные поступки, предсердечная тоска, циркулирующее сумашествіе, эпилепсія, гебефренія, первичное помѣшательство, folie а deux и проч. Сюда же относятся всѣ виды нравственнаго помѣшательства, безразлично, будетъ ли оно эссенціальное, или явится на почвѣ эпилепсін, истеріи, алкоголизма и т. д. Для всѣхъ этихъ формъ болѣзни въ общемъ діета однородна. Повторяемъ, только въ общемъ діета можетъ подлежать разсмотрѣнію, такъ какъ и здѣсь, какъ во всѣхъ другихъ случаяхъ, индивидуализація должна играть серьезное значеніе.

Въ основѣ всѣхъ этихъ формъ вырожденія лежитъ неустойчивость и наклонность къ колебаніямъ со стороны нервной системы. Чѣмъ она обусловливается—будетъ-ли причина тому лежать въ особенномъ молекулярномъ состояніи нервныхъ элементовъ,—или же въ составѣ химическихъ частей—этого, въ настоящій моментъ, сказать мы не можемъ. Но съ клинической точки зрѣнія всѣ эти формы отличаются крайней впечатлительностью, неустойчивостью, наклонностью къ аффектамъ, повышенной рефлекторностью, усиленной подвижностью съ наклонностью къ быстрому истощенію и т. д. Нужно, значить, назначать такую пищу, которая поддержала бы ровность, выносливость и выдержку нервной дѣятельности,—которая сравняла бы порывистость, понизила вспыльчивость и дала больше выносливости. Нужно, чтобы пища не возбуждала, а укрѣпляла. Въ этомъ отношеніи, по нашему мнѣнію, были бы наиболѣе пригодными растительные бѣлки, молочная и яичная пища. Это питаніе можетъ быть скрашиваемо мясомъ всѣхъ сортовъ, но въ такомъ количествѣ, чтобы оно состояло при этой пищѣ добавочнымъ элементомъ, а не составляло бы основы питанія. Охотно можно добавить мясо рыбы,—можно давать баранину и телятину,—можно даже допускать отъ времени до времени и бычачье мясо. Но повторяемъ, что основой питанія должны быть вещества растительныя, молочныя и яйца,—и, добавочнымъ элементомъ, мясо. Разумѣется, количество этихъ веществъ должно быть таково, чтобы равновѣсіе питанія было вполне сохранено. Намъ остается добавить о питаніи идіотовъ и тупоумныхъ. Ихъ діета должна имѣть назначеніемъ поддержаніе равновѣсія, безъ особенной тенденціи на излеченіе.

Общіе выводы, которые мы сдѣлаемъ по отношенію къ питанію душевныхъ больныхъ, будутъ слѣдующіе: 1-е, пищевыя вещества, назначаемыя для питанія душевныхъ больныхъ, должны быть разнообразны по своему составу и формѣ; 2-е, количество ихъ должно быть всегда достаточно; 3-е, назначеніе для питанія душевныхъ больныхъ бычачьяго мяса должно производиться съ осторожностью и большою осмотрительностью; 4-е, однообразная по составу и формѣ пища можетъ повести къ произвольному голоданію со стороны больныхъ и къ ухудшенію ихъ состоянія; 5-е, въ примѣненіи питанія душевныхъ больныхъ требуется болѣе, чѣмъ гдѣ либо обращать вниманіе на индивидуализацію личности и характеръ болѣзни; 6-е, шаблонное назначеніе общихъ порцій для душевныхъ больныхъ въ нѣкоторыхъ земскихъ больницахъ должно быть отвергнуто.

---

Обращаясь за тѣмъ къ status quo нашихъ домовъ умалишенныхъ, особенно земскихъ, мы во многихъ изъ нихъ видимъ картины, далеко неприглядныя. Только въ очень немногихъ изъ нихъ обращено серьезное вниманіе на питаніе душевныхъ больныхъ — въ другихъ же эта статья не удостоилась вниманія. Въ большинствѣ такой порядокъ: пища для душевныхъ больныхъ назначается таже, что и для остальныхъ больныхъ больницы, — но разница та, что имъ даютъ уже остатки, — то, что осталось послѣ назначенія больнымъ больницы. Да это и весьма естественно. Больные больницы люди правоспособные, они въ правѣ требовать, если имъ даютъ что-либо неподходящее и это нерѣдко исполняютъ на дѣлѣ. Въ случаѣ же неудовлетворенія ихъ требованій, они жалуются начальству и администраціи. За это влетаетъ.

Иное дѣло душевный больной. Часто онъ отказывается вовсе отъ пищи, къ удовольствію служащихъ. Въ огромномъ процентѣ онъ ѣстъ безсознательно то, что ему даютъ. И только 10—15% остается такихъ, которые разборчиво относятся къ подаваемой пищѣ, выражаютъ недовольство и заявляютъ жалобы. Но вѣдь они сумашедшіе... Развѣ имъ можно вѣрить?! Это бредъ.

И вотъ подаютъ имъ отброски, нерѣдко не далекіе отъ помоевъ. Все это обвѣшивается и обмѣшивается. Мясо дается самое худшее и то нерѣдко на натычкахъ.

Говорить о разнообразіи пищи, индивидуализаціи питанія, достаточности, чистотѣ, порядкѣ, опрятности, нѣкоторою доступномъ комфортѣ—все это лишнія слова. Да не обвинять меня за слово комфортъ. Земскія больницы—всесословныя больницы. Здѣсь находитъ пріютъ и генералъ и солдатъ, и баринъ и крестьянинъ, и ученый и неграмотный. Нѣтъ слова, что требовать рѣзкаго разграниченія въ положеніи этихъ больныхъ соотвѣтственно особенностямъ больныхъ едва ли отъ земствъ возможно. Но и всеобщее приравниваніе больныхъ, какъ это дѣлается въ нѣкоторыхъ земскихъ больницахъ, часто бываетъ гибельно. Въ самомъ дѣлѣ, отрицать вліяніе привычекъ въ дѣлѣ леченія душевныхъ больныхъ безусловно невозможно. Насильственное уничтоженіе хорошихъ привычекъ у душевныхъ больныхъ нерѣдко ведетъ къ уничтоженію личности,—напротивъ, поддержаніе ихъ ведетъ къ сохраненію порядка и порядочности. Напр. человекъ воспитанный привыкъ всегда ѣсть съ тарелки, не разливая, не обливая настольника и своего платья. Даже въ болѣзни онъ по привычкѣ сохраняетъ эти условія чистоты и порядочности. Но если вы посадите такого больного за общій столъ, гдѣ ѣсть изъ одной миски 10—15 человекъ,—гдѣ все дѣлается безъ разбора: пища разливается, платье обливается, нерѣдко ложка ѣздитъ по головѣ ближняго, вмѣсто миски.... то онъ сочтетъ такую картину за свинство и сейчасъ же становится яримъ его послѣдователемъ. А разъ онъ на это пустился, отъучить его становится весьма труднымъ. Вотъ почему Richardson<sup>1)</sup> совершенно правъ, требуя поддержанія хорошихъ привычекъ въ больныхъ, такъ какъ онѣ иногда служатъ той искоркой огонька, изъ котораго, путемъ настойчиваго ухода и человеколюбія, можно бываетъ раздуть пламя умственной и духовной жизни. Если мы и говоримъ о комфортѣ, то о совершенно возможномъ и необременительномъ для земства. Мы требуемъ, чтобы человекъ, привыкшему ѣсть въ чистотѣ и опрятности, подавалась бы пища въ отдѣльной комнатѣ, на тарелкахъ, съ салфеткой и т. д.

Искусственное питаніе и насильственное питаніе. Мы различаемъ искусственное питаніе, примѣняемое въ тѣхъ случаяхъ, когда въ естественныхъ путяхъ для принятія пищи встрѣчается къ тому препятствіе, напр. истерическій спазмъ пищевода, суженіе его и проч.,—и насиль-

<sup>1)</sup> Richardson, Journal of Jnsanity, 1887, Apr.

ственное питаніе, — когда больной, при непораженности пищеводныхъ органовъ, подъ вліяніемъ галлюцинацій, ложныхъ идей и проч., отказывается принимать пищу.

а. Искусственное питаніе употребляется въ различномъ видѣ, главнымъ же образомъ въ видѣ клистировъ въ прямую кишку, ваннъ съ примѣсью питательныхъ веществъ и подкожныхъ выпрыскиваній.

Исслѣдованіями Voit'a и Bauer'a <sup>1)</sup>, Eichhorst'a <sup>2)</sup>, Leube <sup>3)</sup>, Czerny и Latschenberger'a <sup>4)</sup>, Fiechter'a <sup>5)</sup> и друг. доказано, что прямую кишкою могутъ всасываться бѣлковыя вещества и крахмалистыя вещества, что же касается жировъ, то въ этомъ отношеніи взгляды не установлены.

Рекомендуютъ вводить бѣлки въ растворенномъ видѣ и при томъ въ смѣси съ панкреатическимъ сокомъ, или мелкоизрубленное мясо съ измельченной поджелудочной железой, а также пептоны Kemmerich'a. Къ этой пищѣ рекомендуютъ добавлять небольшое количество жировъ. Ewald <sup>6)</sup> высказывается за клизмы изъ яицъ. Д-ръ Салтыковъ <sup>7)</sup> видѣлъ хорошіе результаты отъ клистировъ изъ дефибрированной крови. Естественно, однако, что неестественный способъ питанія никоимъ образомъ нельзя признать за равняющійся нормальному. При самомъ тщательномъ питаніи, этимъ способомъ въ организмъ поступаетъ только одна четверть того, что должно было бы быть ассимилировано нормальнымъ путемъ. Причиной тому служить частью малая вмѣстимость recti, частью очень замедленное всасываніе этой частью кишечника. Кроме того, нужно принять во вниманіе и раздражимость прямой кишки при непривычной для нея функціи. Во всякомъ случаѣ этимъ способомъ можно нѣкоторое время поддержать жизнь субъекта.

Употребленіе ваннъ съ добавленіемъ къ нимъ бульоновъ, молока и другихъ бѣловыхъ, крахмалистыхъ и др. веществъ, съ питательною цѣлью, въ настоящее время отрицается почти всѣми авторитетами науки.

<sup>1)</sup> Voit и Bauer, Zeitschr. für Biologie, B. V.

<sup>2)</sup> Eichhorst, Pfluger's Archiv, IV, 1871.

<sup>3)</sup> Leube, Deutsch. Archiv f. Klinisch. Medicin, B. X.

<sup>4)</sup> Czerny и Latschenberger, Virchow's Archiv, B. LIX.

<sup>5)</sup> Fiechter, Correspondenzblatt f. Schweiz. Arzt., № 15—16, 1885.

<sup>6)</sup> Ewald, Deutsch. med. Zeitung, 1887.

<sup>7)</sup> Dr. Салтыковъ,



Въ послѣднее время Menzeli Perco <sup>1)</sup>, Krueg <sup>2)</sup>, Pick <sup>3)</sup> и др. пробовали пользоваться, съ цѣлью питанія организма, подкожными впрыскиваніями праванскаго масла, молока, мясного сока, раствора сахара и проч. Несомнѣнно, что часть пищевыхъ веществъ этимъ путемъ всасывается; но во всякомъ случаѣ этотъ способъ питанія не вполне удачный. Помимо того, что этимъ способомъ мы не можемъ ввести значительнаго количества питательнаго матеріала, онъ еще неудобенъ и тѣмъ, что даетъ дурныя послѣдствія, въ видѣ нарывовъ и проч. Если мы примемъ во вниманіе то обстоятельство, что къ подобному способу прибѣгаютъ уже при значительномъ истощеніи организма, то рискъ его употребленія становится болѣе, чѣмъ очевиднымъ.

Наконѣцъ, въ настоящее время въ области психопатологій нерѣдко прибѣгали, съ цѣлью поддержанія жизни субъектовъ, къ переливанію крови, особенно въ Италіи. Можно, однако, сказать, что до сихъ поръ не вполне определено значеніе этого хирургическаго способа внимательства съ вышеуказанною цѣлью.

б. Насильственное кормленіе примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда больные отказываются или не могутъ принимать пищи, въ силу ихъ ненормальнаго психическаго состоянія. Способы, употребляемые для введенія пищи такимъ больнымъ, очень разнообразны и отчасти находятся въ зависимости отъ того психическаго состоянія, подъ вліяніемъ котораго больной не принимаетъ пищи.

Иногда въ основѣ такого отказа лежитъ крайне подавленное нравственное состояніе больного, когда ему вовсе не до пищи, какъ это бываетъ, напр. въ случаяхъ простыхъ меланхолій; другой разъ больной не проявляетъ никакой акціи къ принятію пищи подъ вліяніемъ физической подавленности, какъ напр. при *melancholia attonita*, *stupor* и проч. Во всѣхъ этихъ случаяхъ отказъ отъ пищи чисто пассивный. Больной не употребляетъ ни малѣйшаго напряженія къ тому, чтобы принять пищу, тѣмъ болѣе, что почти всегда при этомъ бываетъ и полное отсутствіе аппетита; но рядомъ съ этимъ больной не обнаруживаетъ никакого сопротивленія, если ему вводятъ пищу лица окружающія. Въ этихъ случаяхъ кормленіе иногда удает-

<sup>1)</sup> Menzel и Perco, Wien. med. Wochenschr., № 31, 1863.

<sup>2)</sup> Krueg, Wien. med. Wochenschr., № 34, 1875.

<sup>3)</sup> Pick, Deutsch. medic. Wochenschr., № 3, 1879.

ся съ ложки, но такимъ способомъ оно совершается крайне медленно, утомляетъ больныхъ, нерѣдко раздражаетъ ихъ и вызываетъ активное, хотя и слабое сопротивленіе, раздражаетъ и сидѣлокъ и можетъ послужить поводомъ къ неудобному насилию и обидѣ больного. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы предпочитаемъ введеніе пищи глоточнымъ зондомъ. Зондъ вводится или чрезъ отверстіе рта, или чрезъ полость носа и чрезъ него вливается достаточное количество жидкой и полужидкой пищи. Такое введеніе пищи можно повторять 2—3 раза въ день.

Переходною ступеню ко второй категоріи случаевъ относятся тѣ, гдѣ отказъ отъ пищи является вслѣдствіе ложныхъ идей, но при чемъ этотъ отказъ не доходитъ до активнаго сопротивленія. „Я свое сдѣлалъ, пищи не принимаю, а если вы насилуете меня, это ваше дѣло,—сопротивленіе мое въ этомъ случаѣ бессмысленно, на вашей сторонѣ сила“. Въ этихъ случаяхъ кормленіе больныхъ при посредствѣ зонда весьма удобно, такъ какъ больные сидятъ вполне покойно въ теченіе всей процедуры кормленія.

Вторую группу случаевъ отказа отъ принятія пищи составляютъ больные, активно сопротивляющіеся этому введенію пищевыхъ веществъ. Подобное сопротивленіе является подъ вліяніемъ крайне возбужденнаго состоянія, какъ напр. при *mania furribunda*, при крайне раздраженномъ состояніи *melanchol. activa cum anxietate*,—подъ вліяніемъ галлюцинацій и ложныхъ идей грѣховности, ничтожества, отравленія и т. д.

Что касается способовъ кормленія этой группы больныхъ, то при этомъ требуется и больше осторожности и больше осмотрительности. Предложено очень много способовъ насильственнаго кормленія душевныхъ больныхъ,—изъ нихъ мы остановимся на самыхъ общеупотребительныхъ.

Одинъ изъ наиболѣе распространенныхъ и употребительныхъ способовъ насильственнаго кормленія такихъ больныхъ, употребляемый какъ на дому, такъ и въ заведеніяхъ, это насильственное разжатіе стиснутыхъ зубовъ маталлическою ложкою и вливаніе пищи отъ руки. Этотъ способъ я считаю варварскимъ и вѣстѣ не рациональнымъ. Прежде всего, если даже такимъ способомъ удастся разжать зубы и влить на половину разлитую часть пищи въ ротъ, то больной немедленно выплюнетъ эту пищу вонъ и требуемый результатъ не будетъ достигнутъ. Слѣдовательно, это будетъ бесполезная борьба и трата силъ, какъ со стороны больного, такъ и со стороны о-

кружающихъ. Но это далеко не все. Больной, подъ вліяніемъ того или другаго мотива, оказываетъ сопротивленіе введенію пищи. Окружающіе употребляютъ всѣ усилія разжать зубы металлической ложкой. Завязывается борьба, раздражающая и больного и кормителя. Въ этой борьбѣ сплошь и рядомъ ломаются зубы больного, ложка соскакиваетъ съ зубовъ и ранитъ,—нерѣдко очень сильно, нѣжную слизистую оболочку десень, кусаются пальцы кормителя и, если нѣтъ надлежащаго надзора, больному отдается за это возмездіе,—въ концѣ же концовъ въ ротъ, съ изломанными зубами, попадаетъ пустая ложка. Этотъ способъ, практикуемый иногда и людьми, которые его не должны были бы употреблять, долженъ быть осужденъ и совершенно отвергнутъ.

Существуетъ множество инструментовъ, въ видѣ клина и проч., которыми сначала разжимается полость рта, а затѣмъ уже вводится пища. Нѣкоторые изъ нихъ довольно сносны и могли бы быть употребляемы не безъ пользы. Въ этихъ случаяхъ пользуются также введеніемъ пищи, при помощи зонда, чрезъ полость рта, или носа. При сильномъ сопротивленіи со стороны больного, введеніе зонда чрезъ полость носа небезопасно, такъ какъ при несчастной случайности можно ранить внутреннія части носа и вызвать сильное кровотеченіе.

Наиболѣе удобопримѣнимымъ способомъ при кормленіи такихъ больныхъ я считаю примѣняемый въ нашей практикѣ. Собственно говоря, онъ не представляетъ ничего новаго, а перенесенъ изъ дѣтской практики. Это тотъ самый способъ, которымъ заливаютъ дѣтямъ въ ротъ лекарства. Для удачнаго примѣненія этого способа требуется дѣйствующему лицу четыре помощника. Больного кладутъ въ постель. Одинъ помощникъ фиксируетъ голову больного, другой—ноги, третій туловище, четвертый зажимаетъ салфеткою ротъ и носъ, по введеніи пищи въ ротъ. Кормитъ больного врачъ, или довѣренное лицо. Для производства самого акта берется трубка, въ родѣ клистирной, или гуттаперчевый балонъ съ костянымъ наконечникомъ, наполненный пищевой жидкостью. Костяной наконечникъ вводится въ ротъ. Больной, разумѣется, крѣпко стиснулъ зубы, такъ что о введеніи наконечника во внутреннюю полость рта нѣтъ и рѣчи. Но этого и не нужно. Наконечникъ вводится за щеку и такимъ образомъ вливается въ полость рта содержимое трубки или балона. Жидкость направляется внизъ и, чрезъ открытое пространство за заднимъ

кореннымъ зубомъ, вливается во внутреннюю полость рта. Когда жидкости введено достаточно, то четвертый помощникъ салфеткой зажимаетъ ротъ и носъ больного. Сначала больной всю влитую жидкость держать во рту. Выплюнуть ее не можетъ, но и не глотаетъ. Но вмѣстѣ съ этимъ ему воспретствовано дыханіе. Скоро онъ его долженъ исполнить, а исполненіе его возможно не иначе, какъ по проглатываніи пищи,—поэтому больной, въ силу необходимости, проглатываетъ пищу. Давши отдохнуть больному минуты двѣ, вливаютъ ему новую порцію пищи и т. д. Весь этотъ процессъ производится довольно покойно, не вызываетъ сопротивленія больного и не имѣетъ никакихъ дурныхъ послѣдствій. Мало того, больные, видя полную невозможность сопротивленія, нерѣдко послѣ двухъ, трехъ такихъ кормленій, начинаютъ принимать пищу сами.

Нужно однако имѣть въ виду одно непріятное обстоятельство, нерѣдко сопровождающее этотъ способъ кормленія, если его своевременно не предотвращать. Если больные неряшливы, то случается, что остатки пищи забиваютъ слюнныя проходы и вызываютъ паротиты. Во избѣжаніе этого непріятнаго осложненія требуется всегда, послѣ введенія всей порціи пищи, вводить такимъ же образомъ достаточное количество чистой воды съ виномъ. Эта вода не только служитъ для содержанія въ чистотѣ полости рта, но и для питанія больного.

Питательныя вещества, вводимыя при искусственномъ и насильственномъ питаніи, должны быть въ жидкомъ или полужидкомъ видѣ, удобоваримы и, при относительно небольшомъ объемѣ, содержать наиболѣе питательныхъ элементовъ. Таковыми употребляютъ: крѣпкій мясной бульонъ, мясной сокъ, молоко и жидкое яйцо,—сюда же дополняютъ иногда вина и соли. Когда введено большое количество пищи, то послѣ этого нужно ввести также достаточное количество воды, чистой, или съ виномъ. Oebeke советуетъ слѣдующую смѣсь:  $\frac{1}{2}$  литра воды съ 2,0 поваренной соли,  $\frac{1}{2}$  бутылки arhwein, 6 столовыхъ ложекъ порть-вейна, 2 литра молока, 1 литръ бульона, 1—2 столовыхъ ложки легуминозы, 6 ложекъ ol. jecor., 8—12 яичныхъ желтковъ, 500 gr. мелко-скобленнаго мяса, 60 gtt tint. fer, Radem. и 10 gtt acidi muriat.

Въ послѣднее время явились работы, направленные противъ насильственнаго кормленія душевныхъ больныхъ при от-

казѣ ихъ отъ пищи. Dr. Siemens <sup>1)</sup> высказываетъ по этому поводу слѣдующія положенія: произвольное голоданіе изъ чисто психическихъ основаній само по себѣ не представляетъ серьезный симптомъ ни въ тѣлесномъ, ни въ душевномъ отношеніяхъ, если оно только не продолжится больше 14 дней безъ принятія воды и болѣе 50 дней, съ принятіемъ воды; голоданіе продолжается безъ особенныхъ послѣдствій, пока не будетъ потеряно болѣе 40% вѣса тѣла. Искусственное питаніе противъ воли больныхъ, при сопротивленіи послѣднихъ, опасно для нихъ, какъ съ чисто механической стороны, такъ и съ фізіологической, если при этомъ не будетъ обращено вниманіе на способность пищеваренія и ассимиляціи у даннаго организма.

Въ настоящее время Siemens <sup>2)</sup> вновь выступилъ съ защитою невмѣстательства при отказѣ отъ пищи душевнѣхъ больныхъ. Основою для своихъ сужденій онъ беретъ то, что отказываются отъ пищи преимущественно меланхолики, ипохондрики и проч.,—т. е. люди, у которыхъ какъ потери, такъ и обмѣнъ веществъ бывають понижены,—поэтому онъ предлагаетъ выжидать до 14 дней голоданія. Показателемъ для вмѣстательства съ насильственнымъ кормленіемъ должно быть появленіе въ мочѣ ацетона.

Съ этими положеніями автора едва ли можно вполне согласиться. Относительно безпокойствъ и насилій, употребляемыхъ при насильственномъ кормленіи, можно сказать, что, при надлежащемъ веденіи дѣла, оно можетъ быть доведено до минимума. Что же касается того, что съ отказомъ отъ пищи нерѣдко является и плохая ассимиляція ея организмомъ, то этотъ недостатокъ можно дополнить прибавленіемъ ко вводимымъ пищевымъ веществамъ соляной кислоты, искусственнаго пепсина, панкреатическаго сока и проч. Оставлять же безъ кормленія такихъ больныхъ мы не позволяли себѣ еще и потому, что у всѣхъ такихъ больныхъ отказу отъ пищи предшествовало значительное исхуданіе и истощеніе организма. Обыкновенно мы прибѣгали къ насильственному кормленію по истеченіи трехъ дней голоданія, при чемъ, разумѣется, акту насилія всегда предшествовалъ цѣлый рядъ нравственныхъ воздѣйствій.

---

<sup>1)</sup> Siemens, Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1886, H. 6.

Хотя нужно сказать, что въ подобныхъ случаяхъ приходится видѣть очень интересныя явленія. Такъ я наблюдалъ больного, который въ асфе первичнаго помѣшательства рѣшилъ покончить свою жизнь голодомъ. Случай былъ въ частной практикѣ, родные на соглашались на насильственное кормленіе и предпочли систему выжиданія. При этомъ произошло слѣдующее: по мѣрѣ голоданія больного и истощенія его организма бредъ больного ослабѣвалъ, рѣшимость его, покончить съ собою самоубійствомъ, проходила и онъ начиналъ самъ ѣсть. Ълъ. Поправлялся,—опять являлось усиленіе бреда, опять рѣшимость на самоубійство и т. д. разовъ пять.

Къ насильственному способу кормленія мы прибѣгаемъ только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ, испробовавъ предварительно все, что находится въ нашихъ рукахъ. Помимо нравственнаго убѣжденія, мы пользуемся иногда уловками. Напр., часто случается,—что больные, отказываясь ѣсть публично, охотно поѣдаютъ пищу, если ее оставить въ комнатѣ, какъ бы случайно, не для нихъ. Бываетъ и такъ, что, отказываясь ѣсть публично, они однако крадутъ спрятанную пищу, поэтому недурно иногда пытаться ставить пищу въ укромномъ мѣстѣ, чтобы они, какъ бы случайно могли найти ее и поѣсть. Иногда они забѣгаютъ въ чужую комнату и если тамъ находятъ безъ свидѣтелей пищу, то быстро ее уничтожаютъ. Всѣ эти способы мы испытываемъ прежде, нежели рѣшимся прибѣгнуть къ насилію,—и только при полномъ отказѣ мы обращаемся къ этой мѣрѣ.

---

## Параноя и ступоръ.

Я. А. Давидовъ.

(Изъ психіатрической клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

Мы знаемъ, что ступоръ можетъ проявляться идіопатически и дейтеропатически. Что касается дейтеропатическихъ случаевъ ступора, то чаще всего онъ проявляется при меланхоліи, за тѣмъ при алкоголизмѣ, эпилепсіи и проч. Самое же частое дейтеропатическое появленіе ступора—это при меланхоліи. Мы имѣемъ даже отдѣльную форму меланхоліи—*melancholia cum stupore*. Относительно комбинаціи ступора съ первичнымъ помѣшательствомъ мы знаемъ изъ литературы очень немного.

Laufepauer приводитъ подобный случай появленія ступора при параноѣ. Между тѣмъ аргіогі подобная комбинація довольно естественна. Какъ ступоръ, такъ и параноя суть психозы вырожденія. Какъ ступоръ, такъ и параноя могутъ появляться приливами и отливами. Какъ ступоръ, такъ и параноя, повидимому, въ своей основѣ имѣютъ функціональное пораженіе. Обѣ эти формы появляются, не уничтожая безконечно умственной дѣятельности. И такихъ аналогій мы могли бы провести очень много.

Не смотря однако на такую аналогію заболѣваній, комбинація паранойи и ступора явленіе довольно рѣдкое. При громадномъ матерьялѣ, бывшемъ въ вѣдѣніи проф. П. И. Ковалевскаго, намъ пришлось наблюдать только два подобныхъ случая.

Замѣчательно то, что какъ въ этихъ случаяхъ, такъ и у Laufepauer'a, условія для развитія болѣзни преимущественно благопріятствовали появленію ступора. Ступоръ, какъ мы знаемъ, является преимущественно у лицъ молодыхъ, при крайне усиленномъ умственномъ напряженіи, при чомъ въ основѣ болѣзни лежитъ

наслѣдственная дегенерація. Всякій шокъ, нравственный или физическій, очень легко можетъ при такихъ обстоятельствахъ вызвать появленіе ступора.

Въ обоихъ нашихъ случаяхъ, какъ у Laufenauer'a, дѣло шло о молодыхъ людяхъ, интеллигентныхъ, съ дегенеративными наслѣдственными основами, усиленно умственно занимавшихся и имѣвшихъ передъ тѣмъ значительныя нравственныя непріятности.

Такимъ образомъ условія для появленія ступора благоприятны. Хотя эти условія также благоприятны и для параной, какъ психоза вырожденія.

Одинъ изъ подлежавшихъ нашему наблюденію случаевъ комбинаціи ступора и параной мы позволимъ себѣ представить вниманію уважаемыхъ товарищей. Дѣло идетъ объ учителѣ народной школы Б., поступившемъ въ частную лечебницу для душевныхъ и нервныхъ больныхъ Д-ра И. Я. Платонова 23 октября 1886 г., которая служитъ вмѣстѣ съ тѣмъ и клинкой для проф. П. И. Ковалевскаго. Маленькое родословное дерево его семьи довольно таки попорчено и представляетъ явныя нарушенія. Его отецъ умеръ на 51 году жизни, при чемъ въ теченіи жизни выпивалъ и умеръ отъ удара. Мать больного жива, имѣетъ отъ роду 49 лѣтъ и страдаетъ душевною болѣзнью. Родной братъ отца страдаетъ душевною болѣзнью. Два брата и сестра больного здоровы, — вторая сестра обнаруживаетъ какіе-то рѣзкіе нервные приступы. Больной въ дѣтствѣ перенесъ корь. По характеру своему онъ походилъ на другихъ дѣтей. Онъ любилъ уединеніе, избѣгалъ общества сверстниковъ, любилъ играть и мечтать въ одиночествѣ. Забравшись въ садъ, онъ тамъ себѣ копался одинъ. Лучшимъ его другомъ была бабушка, съ которой онъ не разставался ни днемъ ни ночью.

До десятилѣтняго возраста Б. находился въ своей семьѣ, гдѣ познакомился и съ начальной грамотой. Грамота давалась ему не легко, потому, будто-бы, что не было правильныхъ руководителей дѣла. 10 лѣтъ Б. поступилъ въ духовное училище (въ бурсу), гдѣ пробылъ до 17 лѣтъ; здѣсь наука ему не далась, — какъ онъ самъ выражается, получалъ спасительныя тройки и перелазилъ изъ класса въ классъ. Его больше привлекала музыка и пѣніе; онъ охотно учился пѣнію, принималъ горячее участіе въ бурсацкомъ хорѣ, самъ устраивалъ хоры, разучивалъ духовныя и свѣтскія пѣсни и обнаруживалъ наклонность къ мечтательности и уединенію. По временамъ любилъ читать, — читалъ соч. Гоголя, Тургенева и др.; каникулы проводилъ въ домѣ отца, куда съѣзжались и братья (студентъ Петербургскаго университета и ученикъ старшихъ классовъ семинаріи). Всѣ члены семьи собирались вмѣстѣ, дружно бесѣдовали, читали, рассуждали. Все это однако мало интересовало Б.; ко всему этому онъ относился пассивно: иногда, сидя одинъ вдали, прислушивался и присматривался ко всему его окружающему, иногда предавался уединенію — забивался въ отдаленную комнату, иногда уходилъ изъ дому и предпринималъ отдаленныя прогулки. 17 л. Б. посредственно



окончилъ курсъ въ духовномъ училищѣ. Началось раздумье: какъ дальше быть? поступить въ семинарію? не видно интереса; жить дома безъ дѣла? неприятность для отца, стыдъ передъ братьями. Послѣ короткаго раздумья, Б. поступилъ ученикомъ въ аптеку. Складенки, банки и все прочее не по душѣ ему пришлось, да и не подъ силу, пожалуй; пробылъ 8 мѣсяцевъ,—бросилъ аптеку, Новое раздумье, новое скитанье, неудовольствіе со стороны окружающихъ родственниковъ пробудили желаніе выдержать экзаменъ на народнаго учителя. Вскорѣ послѣ этого Б. получилъ мѣсто народнаго учителя въ уѣздномъ городѣ. При занятіяхъ съ дѣтьми, какъ онъ самъ говоритъ, былъ ласковъ, хотя по временамъ раздражался и покрикивалъ на нихъ, но рѣдко. И здѣсь въ занятіяхъ съ дѣтьми, онъ идетъ другой колеей. Онъ не хлопочетъ особенно о грамотѣ и письмѣ для дѣтишекъ; онъ, передавая о своихъ дѣлахъ по школѣ, не говоритъ даже какъ дѣти читали, писали,—какова у нихъ была къ этому охота,—какіе способы онъ самъ употреблялъ въ школѣ для того, чтобы дѣти успѣшнѣе и лучше могли научиться грамотѣ и письму. Напротивъ, онъ останавливалъ особенное вниманіе учениковъ на устройствѣ разныхъ примитивныхъ практическихъ орудій: бороны, сохи и проч.; предлагалъ ученикамъ устраивать таковыя орудія и самъ принималъ въ этомъ участіе. По стѣнамъ и угламъ его квартиры можно было видѣть массу моделей разныхъ сельскихъ орудій. Вся эта обстановка квартиры, всѣ эти модели въ послѣдствіи послужили исходнымъ пунктомъ его бреда величія. Для того же, однако, чтобы эти практическо-хозяйственныя занятія шли у него успѣшно, ему пришлось многое читать,—читать въ той области, съ которою онъ мало былъ знакомъ, очень часто не понималъ и до всего долженъ добиваться личными силами. Часто онъ проводилъ ночи безъ сна, то желая разяснить себѣ то или другое изъ техники, совершенно для него непонятное, то стараясь примѣнить и приспособить то или другое орудіе. Онъ самъ замѣчалъ, что этотъ трудъ ему не подъ силу, но онъ хотѣлъ его преодолѣть. Преодолевъ же его, правильно или неправильно, онъ невольно увлекался своей умственной мощью и начиналъ мечтать о себѣ болѣе того, чѣмъ онъ былъ на дѣлѣ. Висѣвшія на стѣнахъ сельско-хозяйственныя орудія имѣли важное значеніе для Б.; въ нихъ онъ сталъ видѣть украшеніе своего труда и старанія, выраженіе высокихъ задатковъ своей натуры, изобретательность своего ума и проч., словомъ въ своихъ дѣлахъ и поступкахъ сталъ видѣть что-то большее, что-то высшее. Такое высокое самомнѣніе нашего больного стало проявляться и въ другихъ сферахъ его жизни; заболѣваетъ его жена,—онъ принимаетъ на себя домашнія дѣла: варить борщъ, готовить обѣды, завѣдуетъ домашнимъ хозяйствомъ, заводитъ строгій порядокъ и аккуратность въ квартирѣ, такъ что самъ начинаетъ удивляться своему умѣнью и находчивости. А тутъ сестра жены, видя во всемъ порядокъ, умѣнье вести кухню и проч., возсылаетъ ему похвалы и удивляется, какъ человѣкъ, незнакомый съ домашнимъ хозяйствомъ, дѣйствуетъ такъ безукоризненно. Является Б. въ домъ отца и здѣсь замѣчаетъ въ отношеніяхъ къ себѣ перемѣну: раньше его присутствіе и бесѣды или мало вызывали вниманія со стороны

членовъ семьи, или совѣтъ не производили никакого впечатлѣнія; на него смотрѣли, какъ на человѣка ограниченнаго въ сравненіи съ другими членами семьи. Совѣтъ другое дѣло теперь. Ему кажется, что теперь къ нему относятся съ большимъ вниманіемъ и уваженіемъ, его совѣты и мнѣнія составляютъ законъ, его мнѣнія и убѣжденія являются безъапелляционными. Отецъ, слушая рассказы о порядкѣ въ школѣ, объ успѣхахъ учениковъ, говоритъ: «да ты инспекторъ, а не учитель». Братъ, судебный слѣдователь, въ затруднительныхъ случаяхъ обращается къ нему за совѣтами. Братъ удивленный рѣшеніемъ нѣкоторыхъ вопросовъ, специально относящихся къ юридическому міру, не рѣдко заявляетъ: «какъ это тебѣ пришло въ голову? какъ могло быть доступно для тебя рѣшеніе такихъ вопросовъ, какіе возможны лишь для специалистовъ?» Такіе похвалы, одобренія и высокое мнѣніе со стороны окружающихъ, плодотворная дѣятельность въ школѣ, строгій порядокъ въ собственной квартирѣ, безпредѣльная охота и стараніе руководимыхъ имъ дѣтей, вызвали Б. на разсужденіе,—чтобы все это значило? чѣмъ объяснить такую перемѣну въ окружающемъ? такой успѣхъ и совершенство въ своихъ дѣлахъ и поступкахъ? Отвѣтъ не заставлялъ ждать; отвѣтъ скоро созрѣлъ и ясно выразился. Онъ выше другихъ, его натура совершеннѣе,—онъ «ревизоръ, Петръ великій». Такъ постепенно развивался и устанавливался бредъ величія нашего больного. Теперь уже онъ во всемъ дѣйствовалъ рѣшительно, съ полной увѣренностью въ своемъ совершенствѣ и величіи. Одобренія, похвалы окружающихъ, успѣхъ и совершенство въ дѣлахъ окончательно установили его въ мысли, что для его высокой натуры, для его могучихъ силъ, для его совершенныхъ дѣйствій и проявленій тѣсна и ничтожна настоящая среда жизни. Его ожидаетъ великое будущее, онъ ждетъ «назначенія въ Петербургъ». Все это ему сообщаютъ голоса, которые онъ слышитъ то въ своей квартирѣ, то въ церкви. О его дѣлахъ и великомъ умѣ должны узнать очень и очень многіе. Съ этихъ поръ его болѣе не интересуютъ обязанности мужа и отца, его не связываютъ родственныя узы. Онъ индифферентенъ къ отцу, братьямъ, сестрамъ и др. Прежнія обязанности учителя теперь уже ниже его вниманія. Онъ хорошо владѣетъ топоромъ, легко устраиваетъ съ дѣтьми разныя модели сельскихъ орудій, рубить дрова, топить печи и проч. Все это даетъ ему поводъ приходить въ восторгъ и, съ крайней ажитацией и съ выраженіемъ полного величія и высокаго достоинства, восклицать; я Петръ! отчего топоръ ходитъ у меня плавно, когда я никогда не былъ плотникомъ?! Ему кажется, что и «жена прекрасно понимаетъ своего мужа, раздѣляетъ его мысли, вмѣстѣ съ нимъ ожидаетъ его великой будущности—«великому—великая». Все это Б. ясно видитъ и замѣчаетъ въ отношеніяхъ взглядахъ и поступкахъ своей жены.

Бреду величія, съ которымъ доставили больного въ лѣчебницу Д-ра Платонова, предшествовалъ и потомъ шолъ рука объ руку бредъ подозрительности и преслѣдованія. Въ 1885 г., въ хуторѣ М., Б. познакомился съ однимъ технологомъ; послѣдній казался ему человѣкомъ хитрымъ, недобрымъ и подозрительнымъ. Технологъ постоянно передъ нимъ, старался заговаривать съ нимъ,

повсюду сталкивался съ нимъ, прислушивался къ каждому его слову, слѣдилъ за каждымъ поступкомъ и движеніемъ и не спускалъ его съ своихъ глазъ. Дѣло могло-бы пойти дадыше, но, благо, технологъ, или по выраженію Б. «этотъ химикъ», уѣхалъ въ Петербургъ. По словамъ Б. была еще «исторія съ дамой». Дама, какъ выражается Б., «не такъ себѣ»; послѣ перваго свиданія, дама нежеланно стала посѣщать его квартиру почти каждый день, преслѣдовать его на каждомъ шагѣ, «выкрутасничать» передъ нимъ, вести двусмысленныя бесѣды, продѣлывать соблазнительныя позы, стремилась поселить семейную вражду, подорвать вѣрныя супружескія отношенія, наговаривала всякую небылицу на него женѣ. Последняя настолько измѣнила свои супружескія отношенія, что стала подозрительно смотрѣть на мужа, упрекать и порицать его; часто сказывалась больной, старалась избѣгать разговоровъ съ мужемъ, уходила изъ дому и проч. Не мало хитрости, подозрительности и даже наклонности причинить какую нибудь непріятность или нанести какой нибудь вредъ замѣчалъ Б. и въ другихъ окружающихъ его лицахъ. Своего брата онъ считалъ своимъ злѣйшимъ врагомъ и глубоко его презиралъ. Больному казалось, что братъ завидуетъ его будущности и старается всѣми мѣрами помѣшать. Рядомъ съ этими онъ бывалъ раздражительнымъ, требовательнымъ, безпокойнымъ и даже буйнымъ. Иногда же онъ становился мрачнымъ, угрюмымъ и до крайности молчаливымъ. Но преобладающее состояніе было самодовольное и сопровождалось возвышеннымъ самомнѣніемъ. На пути въ Х. больному пришлось ѣхать на пароходѣ. Вниманію и любопытству не было конца: онъ пересматривалъ каждую пластинку, каждую гаечку, перепробовалъ каждый винтикъ. Надъ всѣмъ онъ задумывался, стараясь опредѣлить цѣль и назначеніе каждаго предмета на пароходѣ. Затрудненій однако не встрѣтилъ,—все опредѣлилъ, все выяснилъ. Здѣсь онъ замѣтилъ, какъ зорко слѣдили за нимъ окружающія лица; какъ подмѣчали они всякій его шагъ, всякое движеніе, всякій взглядъ, какъ перешоптывались между собою на его счетъ и проч. Не безъ самодовольства больной усѣлся на своемъ мѣстѣ. Онъ замѣтилъ, что всѣ приспособленія имъ отчетливо были разрѣшены и поняты. Непонятнаго для него не было. Ему присущи глубокой всеобъемлющій умъ и совершенство натуры. Въ этомъ онъ болѣе не сомнѣвается, въ этомъ онъ окончательно увѣренъ. Самъ Б., рассказывая о путешествіи на пароходѣ, сказалъ: «теперь только мнѣ стало понятнымъ»..., на вопросъ: что-же вы тутъ уразумѣли? отвѣтилъ: «объ этомъ узнать послѣ». Теперь для него понятны упорные взоры окружающихъ: это взгляды удивленія и зависти. Съ такимъ приблизительно симптомокомплексомъ больной явился въ Харьковъ въ лечебницу.

Status praesens. Больной Н. М. Б., 26 лѣтъ отъ роду, родился въ селѣ П., Черниговск. губ., учился въ Глух., гдѣ и началъ свою карьеру народнаго учителя; православнаго вѣроисповѣданія, женатъ, поступилъ въ лечебницу 23 октября 1886 года. Субъектъ роста выше средняго; тѣлосложенія средняго; питаніе

\*

организма удовлетворительно; лимфатическая система слегка уплотнена и увеличена; волосы на головѣ темно-русые, густые.

Измѣренія черепа представляютъ слѣдующее: наибольшая окружность черепа—56 с., кривая отъ glab. до prot. occip. ext—30 с., кривая отъ уха до уха—36 с., прямой діаметръ черепа—19 с., поперечный діаметръ черепа—15,5 с., правый косой—17 с., лѣвый косой—16,5 с., діаметръ основанія черепа—12 + 12,5 с., діаметръ высоты черепа 15 с., продольно поперечный показ. черепа—81 с., продольно высотный показ. черепа—78 с., высота лба—7 с., ширина лба—17 с., діаметръ лба—15,5 с. Уродливостей черепа не наблюдается. Лицо обросшее темно-русой окладистой, хотя и не большой, бородой; слизистыя оболочки розовоблѣдны; подвижность вѣкъ и глазъ замедлена; страбизмовъ нѣтъ; влажность и блескъ глазъ безъ особенностей; зрачки слегка сужены, ширина ихъ въ обоихъ глазахъ равномѣрна; первичная и вторичная реакція ихъ слабо выражена; поле зрѣнія и острота зрѣнія въ предѣлахъ нормы; свѣтоощущенія и цвѣтоощущенія правильны. Подвижность мускуловъ лица нормальна; чувствительность кожи не нарушена. Выраженіе лица серьезное, сосредоточенное. Полость носа безъ особенностей, слегка покрыта волосами. Языкъ слегка покрытъ тонкимъ слоемъ сѣроватаго налета, отклоненъ вправо; при высовываніи обнаруживаетъ фибриллярныя подергиванія; язычекъ и мягкое небо рѣзкихъ измѣненій не представляютъ, слегка цианотичны. Зубы хорошо развиты, продольной полосатости не имѣютъ; вторые молярные зубы въ нижней челюсти по обѣимъ сторонамъ каріозны, въ верхней челюсти каріозны 3-и молярные зуба. Вкусовые ощущенія неизмѣнены,—опредѣляетъ правильно хининъ, сахаръ, лимонную кислоту и др.; со стороны обонянія—галлюцинаціи, онъ въ больницѣ ощущалъ присутствіе трупнаго запаха,—тоже ощущалъ у себя дома,—почему очень часто сидѣлъ, закрывъ носъ и ротъ, такъ какъ вокругъ него масса всякихъ заразы. Форма ушей правильна, кверху нѣсколько увеличены; острота слуха на разстояніи правильна, черезъ черепъ понижена: отоскопія никакихъ измѣненій не обнаруживаетъ. Шея средней величины; при переходѣ волосистой части головы къ кожѣ шеи на затылкѣ видна пустулезная сыпь, соотвѣтствующая по мѣсту нахождения сальнымъ желѣзамъ (аспе), на верхней части спины и на лопаткахъ наблюдается также подобная сыпь. Устройство грудной клѣтки и ея дыхательныя экскурсіи правильны; перкуссія и аускультация измѣненій не обнаруживаетъ. Границы сердца правильны, тоны его слабы, слышенъ пресистолическій шумъ и аритмія; послѣдняя наблюдается черезъ замѣтные промежутки 10—15 м.; пульсъ ровный, достаточно замѣтный, 76'; дыханіе съ брюшнымъ типомъ 18';  $t^0$ —37° С. Со стороны брюшныхъ покрововъ и со стороны границъ внутреннихъ брюшныхъ органовъ ни перкуссія, ни пальпация никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаруживаютъ. Суточное количество мочи 1400, моча нѣсколько мутна, насыщена; по цвѣту соотвѣтствуетъ 3 № Фогеля; уд. в. 1,030; ясная кислая реакція; осадокъ состоитъ изъ фосфорно-кислыхъ солей, растворяющихся отъ прибавленія кислотъ; подъ микроскопомъ замѣтны жирноперерожденныя клѣтки эпителія. Дѣятельность

сфинктеровъ прямой кишки, мочевого пузыря и *m. detrusoris* ненарушена; половая дѣятельность неизмѣнена. Строеніе позвоночника, его чувствительность и подвижность правильны; строеніе конечностей безъ аномалій; мышечная сократительность подъ вліяніемъ фарадическаго и гальваническаго тока, какъ при посредственномъ, такъ и при непосредственномъ дѣйствіи, уклоненій не представляетъ; кожная чувствительность безъ измѣненій; рефлексъ: пателлярные, скротальные, абдоминальные, локтевые ненарушены,—мышкульные, осязательные и болевые, во время поступленія въ лечебницу не представляли измѣненій, вазомоторные неизмѣнены. Пото- и слюноотдѣленіе нормальны. Покровы кожи, кромѣ вышеуказанныхъ *аспе vulgaris*, никакихъ измѣненій не представляютъ; подкожный слой средне развитъ, мускулатура тоже; кости скелета искривленій или возвышеній не обнаруживаютъ.—Вниманіе къ окружающей обстановкѣ по видимому неизмѣнено: на другой день пребыванія въ лечебницѣ больной могъ сказать гдѣ онъ находится и кто его окружаетъ; когда появлялись вблизи его военные больные, онъ тотчасъ вскакивалъ, выравнивался, опускалъ руки по бокамъ и дѣлалъ, какъ онъ самъ выражался, «фронтъ». Явленія окружающаго міра не ускользали отъ вниманія больного,—онъ зорко слѣдилъ за всѣми движеніями, бесѣдами, разговорами и другими проявленіями окружающихъ его больныхъ и всѣмъ интересовался. Проводимость впечатлѣній не нарушена—тотчасъ отвѣчаетъ на вопросы, непонятные вопросы переспрашиваетъ. Со стороны органовъ чувствъ, очевидно, были иллюзіи, такъ какъ онъ на лицахъ окружающихъ замѣчалъ особенныя выраженія, мимику и игру,—почему относился къ нимъ съ недоувѣріемъ и подозрительностью. Кромѣ того у него явно существовали галлюцинаціи обонянія, въ формѣ запаха трупнаго разложенія,—и слуховыя—голоса, его то порицавшіе, то, напротивъ, восхвалявшіе. Мыслительная область, помимо бреда, составляющаго особенный мыслительный мірокъ, не отличается отъ таковой-же здороваго состоянія.

Внѣ бредовыхъ идей, количество представленій больного въ данную единицу времени въ предѣлахъ нормы. Движеніе ихъ, ясность и отчетливость, ассоціаціи и выводы, безъ особенностей. Со стороны бредовыхъ идей можно ясно наблюдать слѣдующее ядро: онъ убѣжденъ, да это подтверждаютъ и голоса, что его назначеніе выше настоящаго. Онъ будетъ призванъ въ Петербургъ для служенія отечеству и государству. Онъ «Петръ» (разумѣется, Великій) и пріймется за государственныя реформы. Натурально, ни роднымъ, ни окружающимъ это не по вкусу. И вотъ они засадили его въ лечебницу. Они хотятъ его извести. Они морятъ его трупнымъ запахомъ. Это имъ однако не удастся.... Рядомъ съ этимъ у больного крайняя подозрительность и недоувѣріе. Очень трудно извлечь изъ него тѣ или другія его мысли. О многихъ изъ нихъ можно только догадываться по его намекамъ и поступкамъ. Скрытность и недоувѣріе ослабѣваютъ только лишь по временамъ, и то по отношенію къ медицинскому персоналу. Бредъ преслѣдованія и бредъ величія логически перемѣшаны и, подъ вліяніемъ ихъ, больной держитъ себя въ сторонѣ и замкнуто. Движенія и поступки его по формѣ

нормальны, но часто проявляютъ странности, въ видѣ присматриванія, особыхъ жестовъ и проч. Рѣчь осторожная, обдуманная и нерѣшительная. Настроение духа нѣсколько повышенное. Сонъ и отравленія въ первое время пребыванія въ лечебницѣ удовлетворительны.

Въ такомъ состояніи больной пробылъ около 10—12 дней.

Какъ вдругъ съ нимъ наступила внезапная полная перемѣна.

Больной съ утра стоитъ въ углу комнаты. Голова полуопущена, руки висятъ, весь корпусъ полусогнутъ, костюмъ содержится небрежно. Мускулы лица напряжены, выраженіе лица представляетъ сосредоточіе и напряженность: брови наморщены, глаза не фиксированы, полуприкрыты вѣками, губы сжаты,—лицо слегка ціанотично. При стремленіи отвести руку, она оказываетъ нѣкоторое активное сопротивленіе,—но подчиняется вашей волѣ. Принявши же извѣстное положеніе, она нѣкоторое время остается въ немъ, а за тѣмъ вновь опускается. На вопросы больной совершенно не отвѣчаетъ,—равно какъ не реагируетъ на внѣшнія впечатленія. Сухожильные рефлексy повышены. Въ такомъ состояніи больной проводитъ часы, не заботясь даже о пищѣ. При насильственномъ кормленіи, онъ оказываетъ легкое сопротивленіе; но затѣмъ пассивно подчиняется всему, что съ нимъ продолжаютъ. Такое состояніе оцѣпененія длилось около 35 часовъ, послѣ чего больной пришелъ въ обычное свое состояніе.

Такіе приступы повторялись нѣсколько разъ, то большее, то меньшее время. На вопросъ—что съ нимъ происходитъ въ это время, онъ затрудняется отвѣчать, такъ какъ все это происходитъ съ нимъ, какъ во снѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вмѣсто приступа ступора, наступала только афазія, при чемъ больной понимаетъ все происходящее вокругъ него и радъ былъ бы отвѣчать, но ему внутри его головы что-то мѣшаетъ это дѣлать. Это не будетъ препятствіе, состоящее въ неподвижности языка. Онъ двигаетъ языкомъ свободно. Но ему препятствуетъ что-то передать мысль на органъ рѣчи.

Какія патологическія условія лежатъ въ основѣ этихъ состояній трудно сказать. Можно думать, что

дѣло состоитъ въ вазо-моторныхъ разстройствахъ. Какъ ступоръ, такъ и разстройство рѣчи наступали внезапно и внезапно же исчезали. Очевидно, что здѣсь дѣло идетъ о какихъ то функціональных пораженіяхъ.

Принимая во вниманіе, что состояніе это являлось у субъекта съ дегенеративнымъ измѣненіемъ въ центральной нервной системѣ,—у субъекта, у котораго эта дегенерация выразилась ясно въ формѣ параной,—естественно, что появленіе этихъ аномалій вполнѣ находитъ себѣ какъ основу, такъ и объясненіе въ этомъ же самомъ дегенеративномъ состояніи.

---

**Prof. Wernicke.**

## **Задачи клинической психіатріи.**

Сообщеніе въ общемъ собраніи съѣзда врачей въ Бреславлѣ  
22-го мая 1887 года.

**Переводъ Е. Н. Ковалевской.**

Обще—признанъ фактъ, что особенный классъ болѣзней, называемыхъ душевными болѣзнями, въ главнѣйшихъ своихъ пунктахъ имѣетъ совершенно такое же теченіе, какъ и болѣе извѣстныя тѣлесныя заболѣванія. Онѣ бываютъ то острыми, то хроническими, характеризуются временемъ своей продолжительности, отчасти имѣютъ свои различные стадіи повышенія, асте болѣзни и обратнаго ея теченія, то онѣ являются быстро излечимыми, то неудержимо прогрессирующими, то стоятъ на мѣстѣ съ извѣстнымъ дефектомъ; однимъ словомъ, въ глазахъ врача онѣ представляютъ полную аналогичность съ другими тѣлесными заболѣваніями, съ той только разницей, что онѣ извѣстны до сихъ поръ менѣе послѣднихъ. Несмотря на данное имъ названіе «душевныхъ болѣзней», никто не видитъ въ нихъ болѣзни духа, за исключеніемъ развѣ вѣрующихъ въ привидѣнія и духовъ. Общее мнѣніе сходится на воззрѣніи, что душевныя болѣзни въ основѣ своей имѣютъ заболѣванія мозга и, слѣдовательно, являются болѣзнями, хотя еще мало извѣстными, все таки опредѣленнаго органа. Существованіе особенныхъ душевныхъ болѣзней или цѣлой группы болѣзней, симптомы которыхъ предпочтительно состоятъ въ нарушеніи умственныхъ отправленій, служитъ блестящимъ доказательствомъ тому, что для послѣднихъ (т. е. умственныхъ функций) въ мозгу имѣется спеціальныи органъ, и, слѣдовательно, отдѣльная часть или пространство мозга имѣетъ исключительнымъ назначеніемъ—служить органомъ сознанія.



Большинство фактовъ говоритъ за то, — это давно признано, — что сѣрый корковый слой, покрывающій объ половины большого мозга, представляетъ въ своей совокупности требуемый органъ сознанія. Фактъ, что глубокія разстройства опредѣленныхъ мѣстъ коры большого мозга связаны съ извѣстными параличами или разстройствами чувствительности, и не имѣютъ мѣста — съ совершенно опредѣленными исключеніями — при душевныхъ болѣзняхъ, фактъ этого требуетъ признанія, что только извѣстные слои коры большого мозга имѣютъ исключительнымъ назначеніемъ служить органомъ сознанія.

Представленіе о возможности выше сказаннаго не наталкивается на особенныя трудности, при новѣйшихъ свѣдѣніяхъ по физиологіи мозга. Все болѣе и болѣе подтверждается старинное воззрѣніе, по которому кора большого мозга представляется какъ-бы чувствительною пластинкою, подобно фотографическому аппарату, куда раздраженія нашей нервной системы проводятся, «проецируются» и надолго прирастаютъ въ формѣ «образовъ воспоминанія». Сумма всѣхъ образовъ воспоминанія съ ихъ соотвѣтственнымъ, приобретаемымъ опытомъ, сочетаніемъ — т. е. группы узловыхъ клѣтокъ и служащія для ихъ ассоціи нервныя волокна, — должны содержаться въ этихъ слояхъ. Они составляютъ органъ и матеріальную основу сознанія. Вооружившись такимъ воззрѣніемъ, приступимъ къ задачѣ клиническаго изученія и пониманія душевныхъ болѣзней. Исходной точкой зрѣнія окажется, что душевныя болѣзни есть ничто иное, какъ заболѣваніе опредѣленной, хотя и обширной, части мозга. Намъ предстоитъ доказать, что общія положенія, признанныя для мозговыхъ болѣзней вообще, умѣстны и имѣютъ тоже значеніе, для этой особенной группы заболѣваній — т. е. для душевныхъ болѣзней.

Griensinger положилъ начало великому шагу впередъ въ познаніи мозговыхъ болѣзней, установивъ различіе между очаговыми и диффузными или общими симптомами. Первые основаны на раздраженіи или разрушеніи извѣстной области мозга, безразлично какимъ-бы болѣзненнымъ процессомъ ни было совершено это раздраженіе или разрушеніе; послѣдніе-же обусловлены

особеннымъ свойствомъ имѣющейся болѣзни, насколько она поражаетъ или весь организмъ (напр., лихорадка), или совокупныя функціи мозга (напр., потеря сознанія). Отношеніе между обоими видами симптомовъ характерно для различныхъ мозговыхъ болѣзней.

Вторую цѣнную характеристику различныхъ мозговыхъ болѣзней даетъ намъ ихъ теченіе — то онѣ являются сначала острыми и, постепенно смягчаясь, ведутъ къ исцѣленію, то представляютъ равномерно повышающееся или-же толчками развивающееся теченіе и т. д. Можно-ли встрѣтить тѣже условія и при душевныхъ болѣзняхъ?—На этотъ вопросъ безусловно слѣдуетъ дать положительный отвѣтъ. Представимъ себѣ, прежде всего, теченіе душевныхъ болѣзней. Острыя и бурно начинающіяся болѣзни въ то-же время даютъ и наиблагопріятнѣйшій прогнозъ и относительно быстро протекаютъ; медленно-же и постепенно подкрадывающіеся — оказываются въ большинствѣ случаевъ неудержимо прогрессирующими и неизлечимыми. Одна изъ менѣе извѣстныхъ формъ душевнаго расстройства, первичное помѣшательство, служитъ хорошимъ примѣромъ этого теченія, которое мы встрѣчаемъ и при мозговыхъ болѣзняхъ. Что касается взаимныхъ отношеній очаговыхъ симптомовъ и общихъ явленій, то намъ слѣдуетъ предварительно согласиться въ пониманіи очаговыхъ симптомовъ при болѣзняхъ сознанія. Насколько возможно найти въ обширномъ органѣ сознанія мѣста для различныхъ функцій, такъ что-бы ихъ обособленное заболѣваніе дало поводъ къ происхожденію очаговыхъ симптомовъ? Относительно этого я позволю себѣ дать слѣдующія указанія, которыя служатъ выводомъ изъ безпристрастныхъ, спеціально на это направленныхъ, клиническихъ наблюденій. Допустимъ три рода или формы сознанія, различныя по мѣсту. Это будутъ: совокупность образовъ воспоминанія о собственномъ тѣлѣ, сочетаніе которыхъ посредствомъ ассоціаціонныхъ волоконъ болѣе тѣсно, чѣмъ можно себѣ то представить,—это будетъ «тѣлесное сознаніе». Образы воспоминанія внѣшняго міра, доставляемые органами чувствъ, составляютъ другой отдѣлъ сознанія, также тѣсно замкнутый и связанный законосообразными ассоціями,—этотъ отдѣлъ сознанія есть «сознаніе внѣшняго

міра». Наконецъ въ «сознаніи личности» мы имѣемъ наисложнѣйшія соединенія образовъ воспоминаній и сочетаній ихъ, касающихся лично пережитого индивидомъ и взаимныхъ соотношеній его тѣла къ совокупности внѣшняго міра. Сознаніе личности составляетъ какъ-бы результатъ, сумму обоихъ, выше названныхъ, родовъ сознанія, и служитъ доказательствомъ высокой степени развитія сознанія, степени совершенно недоступной многимъ идіотамъ.

Болѣе сложная функція всегда скорѣе подвержена и заболѣванію. Такъ и тутъ. Клиническій опытъ показываетъ намъ, что въ болѣе легкихъ формахъ душевнаго расстройства (напр. чистой меланхоліи и маніи) бываетъ поражено болѣзною только сознаніе личности, сознаніе-же внѣшняго міра и тѣлесное сознаніе остаются интактными. Случается, конечно, и такъ, что первымъ и сначала единственнымъ поражается тѣлесное сознаніе; въ другихъ же случаяхъ душевной болѣзни, въ общей картинѣ, сознаніе внѣшняго міра является если не единственно заболѣвшимъ, то по крайней мѣрѣ преимущественно пораженнымъ. Затѣмъ, даже при поверхностномъ наблюденіи, нельзя не признать, что комбинаціи очаговыхъ симптомовъ той или другой области не лишены извѣстной законосообразности, хотя познанія наши по этому вопросу находятся еще въ самомъ начальномъ состояніи.

Нѣсколько примѣровъ будутъ тутъ нелишними. Такъ, мы имѣемъ дѣло съ сознаніемъ тѣлеснымъ, если больной думаетъ, что онъ стеклянный или костяной, и потому предполагаетъ себя нечувствительнымъ; или, если больному кажется, что онъ лишенъ головы, языка, сердца или желудка, или, что онъ имѣетъ три ноги, что голова его переставлена затылкомъ напередъ, руки обмѣнены, правая вмѣсто лѣвой и обратно и т. д. Если поражено сознаніе внѣшняго міра, то все представляется чуждымъ и страшнымъ, или онъ воображаетъ себя на небѣ, на кораблѣ, не признаетъ окружающихъ, принимаетъ ихъ за Бога, черта, государя, палача, или близкихъ родныхъ,—иногда ему чудится что родные, братъ или сестра, измѣняются въ то время, какъ онъ на нихъ смотритъ,—и тому подобные не рѣдки случаи. Если же поражено сознаніе личности, то больной считаетъ себя преступни-

комъ, виновникомъ болѣзни своихъ сожителей по лечебницѣ, предполагаетъ своихъ близкихъ умершими, или видитъ грозящее имъ несчастье и т. д. — въ случаяхъ меланхоліи; при маніи же больной обыкновенно чувствуетъ себя выше поставленнымъ, болѣе способнымъ, одареннымъ и ловкимъ, нежели прежде, становится требовательнымъ, неуступчивымъ, позируетъ и т. д.; при первичномъ помѣшательствѣ больному кажется, что онъ составляетъ предметъ всеобщаго и особеннаго вниманія, преслѣдованія и заговоровъ, воображаетъ себя высокаго происхожденія и подкинутого ребенкомъ и т. д. Всѣ такого рода ложныя представленія должны быть отнесены къ очаговымъ симптомамъ душевныхъ болѣзней, такъ какъ они указываютъ на частичное заболѣваніе только одной части области сознанія.

Три, выше указанные, большія категоріи, на которыя раздѣляется совокупность сознанія, могутъ еще быть каждая въ свою очередь разложена на дальнѣйшія подраздѣленія. Въ тѣлесномъ сознаніи, по указаніямъ извѣстныхъ опытовъ Мунк'а, можетъ быть различаема область головы, рукъ, ногъ и туловища, для которыхъ уже опредѣлены различныя мѣстности мозговой коры; сюда же можно причислить главнѣйшіе внутренніе органы, какъ желудокъ и сердце; на основаніи клиническихъ наблюденій нельзя сомнѣваться въ томъ, что эти послѣдніе органы имѣютъ своихъ представителей въ большомъ мозгу.

Сознаніе внѣшняго міра можетъ быть раздѣлено на различныя территоріи, въ зависимости отъ чувства доставившаго его. По крайней мѣрѣ прогрессивный параличъ ежегодно давалъ мнѣ больныхъ, на которыхъ я клинически констатировалъ, что распознаваемые осязаніемъ конкретные предметы могутъ не распознаваться зрѣніемъ (при сохраненной способности зрѣнія: душевная слѣпота), или обратно—предметы распознаются только зрѣніемъ и не распознаются осязаніемъ. Поэтому нельзя не отличить оптическаго и осязательнаго сознанія; тоже можно сказать и о слуховомъ, потому, что у паралитиковъ еще чаще вышеописанныхъ случаевъ встрѣчается слуховая афазія. Наконецъ, что касается сознанія личности, то дальнѣйшія подраздѣ-

ленія его могутъ быть выведены только изъ дальнѣйшихъ клиническихъ опытовъ.

Данный обзоръ психическихъ очаговыхъ симптомовъ навѣрное еще далеко не полонъ; но я не сомнѣваюсь, что этотъ обзоръ можетъ покуда составить основу главныхъ категорій.

Если мы обратимся къ анатомическимъ локализціямъ, соотвѣтствующимъ психическимъ очаговымъ симптомамъ, то, по отношенію къ тремъ главнымъ категоріямъ сознанія, нами будетъ указано на извѣстныя территоріи многослойной мозговой коры. Опыты по афазіи показываютъ, что время жизни, въ которое приобрѣтено извѣстнаго содержанія сознательное представленіе, служитъ указаніемъ для проэкціоннаго мѣста его, потому что иначе какъ было-бы возможно объяснить тотъ фактъ, что послѣ удара сохранялся родной языкъ, а иностранный, позднѣе изученный, языкъ исчезалъ изъ сознанія? Такіе опыты позволяютъ такое обобщеніе, что сознаніе тѣлесное, которое по времени своего происхожденія относится еще къ утробной жизни и—за исключеніемъ половой сферы—уже у ребенка вполне развито, содержится въ одномъ слое мозговой коры,—сознаніе внѣшняго міра, гораздо позднѣе приобрѣтаемое,—въ слое расположенномъ надъ, или, быть можетъ, подъ первымъ; между тѣмъ какъ сознаніе личности, какъ позднѣйшее приобрѣтеніе, занимаетъ еще совершенно иной слой ассоціационныхъ системъ. Если это возрѣніе будетъ признано правильнымъ, въ чемъ я лично не сомнѣваюсь, то оно еще яснѣе укажетъ, что дальнѣйшія подраздѣленія сознанія должны быть основаны на локализціи проэкціонной системы. Это-то, что касается нашей ближайшей анатомической задачи.

Кромѣ очаговыхъ симптомовъ, мы должны имѣть въ виду общія явленія настолько, насколько онѣ свойственны душевнымъ болѣзнямъ. Цѣлый рядъ общихъ явленій именно совпадаетъ съ явленіями всѣхъ душевныхъ болѣзней. Сюда относятся всякаго рода припадки: эпилептическіе, апоплектическіе, такъ называемые паралитическіе и простые обмороки. Далѣе слѣдуютъ: кома, сонливость, ступоръ, оцѣпѣненіе, а также Jactatio съ его переходами къ простому моторному без-

покойству. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ являются самостоятельныя колебанія лихорадки, аномаліи пульса и пониженіе температуры тѣла, особенно-же часты, гораздо чаще, нежели то думаютъ, головныя боли, различнаго рода и различнѣйшей локализациі; наконецъ, бессонница, противоположность сонливости, которая тутъ играетъ гораздо большую роль, нежели при другихъ мозговыхъ болѣзняхъ. Другой рядъ общихъ явленій, спеціально свойственныхъ душевнымъ болѣзнямъ, это болѣзненные аффекты, когда они первично явившись еще производятъ только болѣзненные представленія, такъ и тогда, когда они выступаютъ въ сопровожденіи этихъ представленій. Къ первымъ принадлежатъ: тоска, въ ея различнѣйшихъ степеняхъ, отъ легкаго стѣсненія и до величайшей, смертельной тоски, обыкновенно локализованная преимущественно въ предсердечной области, груди и области сердца,—страхъ и испугъ, составляющіе видоизмѣненія тоски. Часто связаннымъ съ тоской, но также часто самостоятельнаго первичнаго происхожденія, является гнѣвный аффектъ, во всѣхъ его степеняхъ, отъ раздражительности и до безумнаго бѣшенства. Относительно рѣдокъ первичный радостный аффектъ, который часто является вслѣдствіе измѣненія содержанія сознанія. Далѣе, какъ послѣдовательное явленіе, наичаще бываетъ безпомощность, съ ея различными способами выраженія безпокойства («что-то происходитъ»), какъ удивленіе, смѣняющіяся смѣхомъ и плачемъ, инстинктивная оборона, полнѣйшее отчаяніе.

Мы дошли до вопроса о взаимномъ отношеніи очаговыхъ симптомовъ и общихъ явленій и, къ несчастью, должны сознаться, что въ этомъ отношеніи наши познанія весьма несовершенны. Что существуетъ большое число различныхъ душевныхъ болѣзней—не подлежитъ сомнѣнію; извѣстна же намъ только незначительная часть ихъ, да и тѣ въ общихъ неопредѣленныхъ очертаніяхъ. Рѣзче разграничить различныя формы болѣзни сознанія по ихъ очаговымъ симптомамъ и общимъ явленіямъ, и изъ имѣющагося въ изобиліи матеріала создать опредѣленные картины болѣзни—вотъ задача, которая составляетъ будущее клинической психіатріи. За успѣхъ этихъ стремленій можно

и теперь поручиться, такъ какъ общее положеніе, подтвердившееся въ патологіи мозга, правильно поведетъ насъ и тутъ. Клиническое значеніе очаговыхъ симптомовъ зависитъ отъ сопровождающихъ общихъ явленій, это мы знаемъ по мозговымъ болѣзнямъ. И въ психіатріи опытъ доказываетъ фактически, что болѣзненные представленія могутъ исчезнуть, если они произошли при сильныхъ душевныхъ потрясеніяхъ, и, напротивъ, развиваются въ фиксированный, неизлечимый бредъ, если сопутствующіе аффекты отсутствовали.

---

# Медицинскій Отчетъ

по Ярославскому дому умалишенныхъ за 1886 г.

А. Н. Толоконниковъ,

завѣдующій домоу умалишенныхъ въ Ярославѣ.

## I.

Общее движеніе больныхъ:

	вс.	м.	ж.
Къ 1 января 1886 г. состояло . . . . .	152 =	91 +	61
Въ теченіе года поступило . . . . .	204 =	129 +	75
Всего было пользовано . . . . .	356 =	220 +	136
Въ теченіи года вышло . . . . .	191 =	116 +	75
Къ 1 января 1887 г. состояло . . . . .	165 =	104 +	61

## II.

Изъ числа выбывшихъ въ 1886 году:

	вс.	м.	ж.	%
Выздоровѣло . . . . .	72 =	51 +	21 =	20,2
Выписано съ улучшеніемъ болѣзни . . . .	52 =	31 +	21 =	14,6
„ безъ улучшенія „ . . . .	10 =	5 +	5 =	2,8
Умерло . . . . .	57 =	29 +	28 =	16,0
Итого . . . .	191 =	116 +	75 =	53,6

## III.

Изъ поступившихъ въ 1886 г. помѣщено на испытаніе:

	вс.	м.	ж.
Отъ суда . . . . .	11 =	8 +	4
„ Военскихъ присутствій . . . . .	3 =	3	—
„ Полиціи . . . . .	1 =	1	—
Итого . . . .	15 =	12 +	3



## IV.

Формы болѣзней у состоявшихся въ 1886 году:

	ВСЕГО	м.	ж.	%
1. Mania . . . . .	35 =	18 +	17 =	9,8
2. Melancholia . . . . .	26 =	11 +	15 =	7,3
3. Paranoia . . . . .	45 =	38 +	7 =	12,6
4. Dementia {	80 =	41 +	39 =	23,6
Secundaria . . . . .				
organica . . . . .	15 =	12 +	3 =	4,8
senilis . . . . .	20 =	10 +	10 =	5,6
5. Dementia primaria curabilis . . . . .	3 =	2 +	1 =	0,8
6. Paralysis progressiva . . . . .	17 =	14 +	3 =	4,8
7. Psychoses hystericae . . . . .	14 =	— +	14 =	3,9
8. Psychoses epilepticae . . . . .	24 =	18 +	6 =	6,7
9. Psychoses periodicae . . . . .	12 =	4 +	8 =	3,3
10. Delirium tremens . . . . .	27 =	27	— =	7,6
11. Alcoholismus chronicus . . . . .	6 =	5 +	1 =	1,7
12. Idiotismus . . . . .	18 =	11 +	7 =	5,0
13. Особые случаи . . . . .	8 =	4 +	4 =	2,2
14. На испытаніи . . . . .	6 =	5 +	1 =	1,7

Итого . . 356 = 220 + 136 — 100%

## V.

При подробномъ разборѣ каждой болѣзненной формы въ отдѣльности получимъ слѣдующія данныя.

1. Mania 35 чел. = 9, 8%: 18 = 8, 2% м. и 17 = 12, 4% ж.

Сословіе:

	м. %	ж. %
Крестьянъ . . . . .	10 = 55,6;	11 = 64,8
Мѣщанъ . . . . .	3 = 16,7;	4 = 23,6
Чинowników . . . . .	1 = 5,5;	1 = 5,8
Военн. зв. . . . .	3 = 16,7;	—
Духовн. зв. . . . .	1 = 5,5;	1 = 5,8

Итого . 18 = 100; 17 = 100

Возрастъ:

	м. %	ж. %
Отъ 15 до 20 л. . . . .	3 = 16,7;	3 = 17,6
„ 20 „ 30 „ . . . . .	4 = 22,2;	3 = 17,6
„ 30 „ 40 „ . . . . .	7 = 38,9;	7 = 41,1
„ 40 „ 50 „ . . . . .	4 = 22,2;	2 = 11,8
„ 50 „ 70 „ . . . . .	—	2 = 11,8

Итого . 18 = 100; 17 = 100

Виды психоза.

	м. %	ж. %
Exaltatioman. . . . .	4 = 22,2;	3 = 17,6
Mania furibunda . . . . .	14 = 77,8;	12 = 70,6
Mania chronic. . . . .	—	2 = 11,8
Итого . . . . .	18 = 100;	17 = 100

Семейное положеніе:		Движеніе больныхъ:		
	м. ‰	ж. ‰	м. ‰	ж. ‰
Холостыхъ . .	5=27,8;	5=29,4	Выздоровѣло .	7=38,9; 7=41,1
Женатыхъ . .	12=66,7;	9=53,0	Выб. съ улѹч.	1= 5,5; 3=17,7
Вдовыхъ . .	1= 5,5;	3=17,6	„ безъ улѹч.	— —
Итого .	18=100;	17=100	Умерло . . .	2=11,1; 2=11,8
Образованіе:		Осталось . .		
	м. ‰	ж. ‰	Итого .	18=100; 17=100
Грамотныхъ .	14=77,8;	7=41,1		
Неграмотн. .	2=11,1;	10=58,9		
Сред. и выс. об.	2=11,1;	—		
Итого .	18=100;	17=100		

**Занятія** мужчинъ: земледѣльцевъ 6, фабричн. рабоч. 2, учащихся 2, мясникъ 1, огородникъ 1, фельдшеръ 1, черно-рабочій 1, кучеръ 1, портной 1, приказчикъ 1, поваръ 1. Занятія женщинъ: домаш. хоз. 12, портника 1, торговка 1, проститутка 1, фабричн. рабоч. 1, монаст. послушница 1.

**Причины заболѣванія** у мужчинъ: неправильный образъ жизни 1, пьянство 2, сифилисъ 1, сифилисъ и пьянство 2, онанизмъ 2, чахотка 1, травма головы 1, дурныя экономическія условія 2, неизвѣстно 6; у женщинъ: душевныя потрясенія 3, роды 2, выкидышъ 1, травма головы 1, періодъ полового развитія 2, распутная жизнь 3, врожденная невропатическая конституція 4, неизвѣстно 2.

**Наслѣдственность** 14=40, 6‰: 8=44, 5‰ м. и 6=35, 2‰ ж.

**Рецидивы** болѣзни 7=20, 0‰: 4=22, 2‰ м. и 3=17, 6‰ ж.

**Причины смерти:** чахотка 2, дизентерія 1, апоплексія 1.

**2. Melancholia** 26 чел. = 7,3‰: 11=5,0‰ м. и 15=11,0‰ ж.

Сословіе:		
	м. ‰	ж. ‰
Крестьянъ .	8=72,8;	12=80,0
Мѣщанъ . .	—	3=20,0
Военн. зв. .	3=27,2;	—
Итого .	11=100;	15=100

Возрастъ:		
	м. ‰	ж. ‰
Отъ 15 до 20 л.	—	1= 6,7
„ 20 „ 30 „	6=54,5;	6=40,0
„ 30 „ 40 „	3=27,3;	3=20,0
„ 40 „ 50 „	2=18,2;	3=20,0
„ 50 „ 70 „	—	2=13,3
Итого .	11=100;	15=100

Виды психоза:		
	м. ‰	ж. ‰
Melan. passiv.	8=72,8;	11=73,4
„ atton.	2=18,2;	2=13,3
„ activa	1= 9,0;	2=13,3
Итого .	11=100;	15=100

Семейное положеніе:			Движеніе больныхъ:		
	м. ‰	ж. ‰		м. ‰	ж. ‰
Холостыхъ . .	5=45,4;	6=40,0	Выздоровѣло .	5=45,4;	6=40,0
Женатыхъ . .	6=54,6;	7=46,6	Выб. съ улуч. .	2=18,2;	4=26,7
Вдовыхъ . .	—	2=13,4	Умерло . . .	—	1= 6,6
Итого .	11=100;	15=100	Осталось . .	4=36,4;	4=26,7
			Итого .	11=100;	15=100

Образованіе:		
	м. ‰	ж. ‰
Грамотныхъ .	10=91,0;	2=13,3
Неграмотн .	1= 9,0;	13=86,7
Итого .	11=100;	15=100

*Занятія* мужчинъ: земледѣльцевъ 5, плотниковъ 1, портной 1, сапожникъ 1, чернорабочій 1, приказчикъ 1. солдатъ 1. Занятія женщинъ: горничная 1, домаши. хоз. 14.

*Причины заболѣванія* у мужчинъ: анемія 3, пьянство 2. испугъ 1, тиф. 1, семейныя огорченія 1, душевныя потрясенія 1, чахотка 1, сифилисъ 1,—у женщинъ: анемія 3, душевныя потрясенія 4, болѣзни половыхъ органовъ 1, сифилисъ 1, дурныя экономическія условія 2, врожденная невроп. конституція 1, неизвѣстно 2.

*Наслѣдственность* 12 = 46,1‰: 7 = 63,6‰ м. и 5=33,3‰ ж.

*Рецидивы болѣзни* 3=11,5‰; 3=27,2‰ м.

*Причины смерти:* истощеніе 1.

**3. Параноія** 45 чел. = 12,6‰; 38 = 17,2‰ м. и 7=5,1‰ ж.

Сословіе:		
	м. ‰	ж. ‰
Крестьянъ . .	17=44,7;	1=14,3
Мѣщанъ . . .	6=15,8;	4=57,1
Военнаго зв. .	5=13,2;	2=28,6
Духовнаго зв.	10=26,3;	—
Итого .	38=100;	7=100

Возрастъ:		
	м. ‰	ж. ‰
Отъ 15 до 20 л.	2= 5,2;	—
" 20 " 30 "	13=34,2;	—
" 30 " 40 "	13=34,2;	3=42,8
" 40 " 50 "	7=18,85;	3=42,
" 50 " 70 "	3= 7,9;	1=14,4
Итого .	37=100;	7=100

Виды психоза:		
	м. ‰	ж. ‰
Neurasthen.cer.	5=13,2;	1=14,4
Paranoia chr.	24=63,1;	4=57,0
Paranoia acuta	9=23,7;	2=28,6
Итого .	38=100;	7=100

\*

Семейное положеніе:		Движеніе больныхъ:	
	м. % ж. %		м. % ж. %
Холостыхъ . .	15=39,3; 3=42,8	Выздоровѣло .	7=18,5; —
Женатыхъ . .	20=52,8; 3=42,8	Выб. съ улучш.	8=21,0; —
Вдовыхъ . . .	3= 7,9; 1=14,4	Умерло . . .	1= 2,7; 2=28,5
Итого .	38=100; 7=100	Осталось . . .	22=57,8; 5=71,5
		Итого .	38=100; 7=100

Образованіе:	
	м. % ж. %
Грамотныхъ .	25=65,8; 5=71,5
Неграмотныхъ	4=10,5; 2=28,5
Сред. и высш. об.	9=23,7; —
Итого .	38=100; 7=100

**Занятія** мужчинъ; земледѣльцевъ 12, фабрич. рабочихъ 3, ключниковъ 2, маляръ 1, портной 1, мясникъ 1, писмоводитель 1, сапожникъ 1, слесарь 1, печникъ 1, приказчиковъ 2, почтовый сортировщикъ 1, священниковъ 2, діаконъ 1, сельскихъ учителей 2, студентовъ 2, гимназистъ 1, кандидатъ при судѣ 1, безъ опредѣл. занятій 1. Занятія женщинъ: дом. хоз. 4, богадѣлка 1, горничная 1, кухарка 1.

**Причины заболѣванія** у мужчинъ: душевныя потрясенія 5, ушибъ головы 2, онанизмъ 5, пьянство 5, сифилисъ и пьянство 2, умственныя напряженія 2, невропатическая конституція 7, неизвѣстно 9; у женщинъ: душевныя потрясенія 2, неправильная жизнь 1, невропатич. конституція 4.

**Наслѣдственность** 17=37,8%: 12=31,5% м. и 5=71,5% ж.

**Рецидивы** болѣзни 4=8,9%: 3=7,9% м. и 1=14,3% ж.

**Причины смерти:** чахотка 1, порокъ сердца 2.

**4. Dementia secundaria** 80 чел.=23,6%: 42=18,6% м. и 39=28,6% ж.

Сословіе:	
	м. % ж. %
Крестьянъ . .	24=58,5; 20=51,3
Мѣщанъ . . .	4= 9,8; 9=23,1
Чиновниковъ	— 2= 5,1
Военнаго зв.	9=21,9; 6=15,4
Духовнаго зв.	4= 9,8; 2= 5,1
Итого	41=100; 39=100

Возрастъ:	
	м. % ж. %
Отъ 15 до 20 л.	1= 2,4; 3= 7,7
" 20 " 30 "	6=14,6; 9=23,1
" 30 " 40 "	20=48,8; 15=48,4
" 40 " 50 "	11=26,9; 6=15,4
" 50 " 70 "	3= 7,3; 6=15,4
Итого	41=100; 39=100

Виды психоза:	
	м. % ж. %
Hebephrenia.	4= 9,8; 2= 5,1
Dementia . .	37=90,2; 37=94,9
Итого	41=100; 39=100

## Семейное положеніе:

	м. %	ж. %
Холостыхъ .	23=56,2;	19=49,7
Женатыхъ .	13=31,7;	13=33,3
Вдовыхъ .	2= 4,8;	5=12,9
Неизвѣстно .	3= 7,3;	2= 5,1

Итого 41=100; 39=100

## Образованіе:

	м. %	ж. %
Грамотныхъ .	21=51,2;	9=23,1
Неграмотн .	14=34,2;	30=76,9
Сре. и выс. об.	4= 9,8;	—
Неизвѣстно .	2= 4,8;	—

Итого 41=100; 39=100

## Движеніе больныхъ:

	м. %	ж. %
Выбыло съ ул.	2= 4,8;	2= 5,1
„ безъ ул.	1= 2,4;	2= 5,1
Умерло . . .	7=17,1;	9=23,1
Осталось . .	31=75,7;	26=66,7

Итого 41=100; 39=100

**Занятія** мужчинъ; земледѣльцевъ 22, учениковъ семинаріи 2, священникъ 1, фельдшеръ 1, торговцевъ 2, трактирщикъ 1, слесарь 1, ключникъ 1, странникъ 1, богадѣльщикъ 1, поварь 1, рукавичникъ 1, кучеръ 1, неизвѣстно 4. Занятія женщинъ: домашн. хозяйство 26, кухарка 1, портниха 1, проститутка, крестьян. рабоч. 5, неизвѣстно 5.

**Причины** болѣзни у мужчинъ: post maniam 10, post melancholiam 8, онанизмъ 1, неизвѣстно 23; у женщинъ: post maniam 14, post melancholiam 8, невропат. конституція и періодъ полового развитія 2, неизвѣстно 15.

**Наслѣдственность** 17 = 21,2%: 5 = 12,1% м. и 12=30,8% ж.

**Причины смерти:** чахотка 9, общій упадокъ питанія 3, порокъ сердца 1, дизентерія 2, катарральная пневмонія 1.

**b. Dementia e laesione cerebri organica** 15=4,8%: 12=5,4% м. и 3=2,1% ж.

## Сословіе:

	м. %	ж. %
Крестьянъ . .	3=25,0;	2=66,7
Мѣщанъ . . .	3=25,0;	—
Чиновиниковъ .	2=16,7;	—
Военнаго зв. .	3=25,0;	1=33,3
Духовнаго зв. .	1= 8,3;	—

Итого . 12=100; 3=100

## Возрастъ:

	м. %	ж. %
Отъ 20 до 30 л.	4=33,3;	1=33,3
„ 30 „ 40 „	4=33,3;	2=66,7
„ 40 „ 50 „	3=25,0;	—
„ 50 „ 60 „	1= 8,4;	—

Итого . 12=100; 3=100

## Движеніе больныхъ:

	м. %	ж. %
Выб. съ улучш.	4=33,3;	1=33,3
Умерло . . . .	4=33,3;	1=33,3
Осталось . . .	4=33,3;	1=33,3

Итого . 12=100; 3=100

Семейное положеніе:		Образованіе:	
	м. % ж. %		м. % ж. %
Холостыхъ . .	5=41,6; 1=33,3	Грамотныхъ . .	4=33,3; 1=33,3
Женатыхъ . .	7=58,4; 1=33,3	Неграмотныхъ .	4=33,3; 2=66,7
Вдовыхъ . . .	— 1=33,3	Сред. и высш. об.	4=33,3; —
Итого .	12=100; 3=100	Итого .	12=100; 3=100

**Занятія мужчинъ:** діаконъ 1, врачъ 1, учителей 2, подпоручикъ 1, земледѣльцевъ 2, торговецъ 1, столяръ 1, фабр. рабоч. 1. богадѣльщикъ 1. **Занятія женщинъ:** домашн. хоз. 2, безъ опредѣл. занятій 1.

**Причины болѣзни у мужчинъ:** ароплексія 3, сифилисъ 3, травма черепа 1, алкоголизмъ 4, церебр. менингитъ 1; у женщинъ: ароплексія 1, сифилисъ 1, алкоголизмъ 1.

**Наслѣдственность** 4=26,6%: 4=33,3 м.

**Причины смерти:** чахотка 2, дизентерія 1, хроническій церебр. менингитъ 1, порокъ сердца 1,

**с. Dementia senilis** 20 чел. = 5,6%: 10 = 4,5% м. и 10=7,3% ж.

Сословіе:		Образованіе:	
	м. % ж. %		м. % ж. %
Крестьянъ . .	4=40; 2=20,0	Грамотныхъ . .	8=80,0; 5=50,0
Мѣщанъ . . .	— 5=50,0	Неграмотныхъ .	2=20,0; 5=50,0
Чинов. и двор. .	1=10; 2=20,0	Итого .	10=100; 10=100
Военнаго зв. . .	5=50; 1=10,0		
Итого .	10=100; 10=100		

Возрастъ:		Движеніе больныхъ:	
	м. % ж. %		м. % ж. %
Отъ 50 до 60 л. .	2=20,0; 7=70,0	Выб. съ улуч. .	2=20,0; —
" 60 " 70 " . .	4=40,0; 3=30,0	" безъ улуч. . .	— 1=10,0
" 70 " 80 " . .	4=40,0; —	Умерло . . . .	6=60,0; 3=30,0
Итого .	10=100; 10=100	Осталось . . . .	2=20,0; 6=60,0
Семейное положеніе:		Итого .	10=100; 10=100
	м. % ж. %		
Холостыхъ . .	2=20,0; 2=20,0		
Женатыхъ . .	5=50,0; 1=10,0		
Вдовыхъ . . .	3=30,0; 7=70,0		
Итого .	10=100; 10=100		

**Занятія мужчинъ:** земледѣльцевъ 3, фабричн. рабоч. 1, плотниковъ 2, писмоводитель 1, нищій 1, бондарь 1, огородникъ 1. **Занятіе женщинъ:** домашн. хоз. 1, богадѣлка 1, безъ занятій 2.

**Наслѣдственность** 1=0%: 1=10,0% м.

*Причины смерти:* старческій маразмъ 6, порокъ сердца 1, чахотка 1, брюшной тифъ 1.

**5. Dementia primaria curabilis** 3 чел. = 0,8%:  
2=0,9% м. и 1=0,7% ж.

**Сословіе:**

	м. %	ж. %
Крестьянъ . .	1=50,0;	1=100,0
Мѣщанъ . . .	1=50,0;	—
Итого . 2=	100;	1=100

**Образованіе:**

	м. %	ж. %
Грамотныхъ . 2=	100;	—
Неграмотныхъ . .	—	1=100
Итого . 2=	100;	1=100

**Возрастъ:**

	м. %	ж. %
Отъ 15 до 20 л. . .	—	1=100,0
„ 20 „ 30 „ . .	1=50,0;	—
„ 40 „ 50 „ . .	1=50,0;	—
Итого . 2=	100;	1=100

**Движеніе больныхъ:**

	м. %	ж. %
Выздоровѣло . 1=	50,0;	1=100
Выб. съ улучш. 1=	50,0;	—
Итого . 2=	100;	1=100

**Семейное положеніе:**

	м. %	ж. %
Холостыхъ . . 2=	100;	1=100

*Занятія мужчинъ:* торговецъ 1, фабрич. раб. 1; занятія женщинъ: нянька 1.

*Причины заболѣванія:* у мужчинъ—малокровіе и сильное огорченіе 1, отравленіе табачной пылью 1; у женщинъ: непосильный трудъ и душевная непріятность 1.

*Наслѣдственность* 1=33,3%: 1=50,0% м.

**6. Paralysis progressiva** 17 чел.=4,8%: 14=6,3% м. и 3=2,2% ж.

**Сословіе:**

	м. %	ж. %
Крестьянъ . .	8=57,0;	2=66,7
Мѣщанъ . . .	2=14,3;	1=33,3
Почет. граж. . .	1= 7,2;	—
Военнаго зв. . .	1= 7,2;	—
Духовнаго зв. .	2=14,3;	—
Итого . 14=	100;	3=100

**Виды психоза:**

	м. %	ж. %
Paralys progr. general. . .	12=85,7;	2=66,7
Dementia paralytica . .	2=14,3;	1=33,3
Итого . 14=	100;	3=100

**Возрастъ:**

	м. %	ж. %
Отъ 20 до 30 л. . 4=	28,5;	—
„ 30 „ 40 „ . . 7=	50,0;	3=100,0
„ 40 „ 50 „ . . 3=	21,5;	—
Итого 14=	100;	3=100

Семейное положеніе:		Движеніе больныхъ:	
	м. ‰ ж. ‰		м. ‰ ж. ‰
Холостыхъ . . .	5=35,7; 1=33,3	Выб. съ улучш.	2=14,3; —
Женатыхъ . . .	8=57,1; 1=33,3	„ безъ улуч.	2=14,3; 1=33,3
Вдовыхъ . . .	1= 7,2; 1=33,3	Умерло . . .	2=14,3; 1=33,3
Итого .	14=100; 3=100	Осталось . . .	8=57,1; 1=33,3
		Итого .	14=100; 3=100

Образованіе:	
	м. ‰ ж. ‰
Грамотныхъ .	9=64,2; —
Неграмотныхъ	3=57,1; 3=100,0
Сред. и выс. об.	2=14,3; —
Итого .	14=100; 3=100

**Занятія** мужчинъ: земледѣльцевъ 5, трактирщикъ 1, торговецъ 1, барышникъ лошадьми 1, слесарный мастеръ 1, желѣзнодорож. сторожъ 1, каменщикъ 1, конторщикъ 1, сельскій учитель 1, директоръ фабрики 1. Занятія женщинъ: домашнимъ хоз. 3.

**Причины заболѣванія** у мужчинъ: пьянство 2, пьянство и испугъ 1, злоупотребленія по Вассхо et Venere 3, ушибъ головы 1, сифилисъ 2, неправильный образъ жизни 1, умственные напряженія 1, непосильный физическій трудъ 2, неизвѣстно 1; у женщинъ: пьянство 1, неизвѣстно 2.

**Наслѣдственность** 4=23,6‰: 4=28,5‰ м.

**Причины смерти:** прогрессивн. параличъ 2, брюшной тифъ 1,

**7. Psychoses hystericae** 14 чел.=3,9‰: 14=10,4‰ ж.

Сословіе:		Образованіе:	
Крестьянъ . . . . .	6=42,9‰	Грамотныхъ . . . . .	8=57,1‰
Мѣщанъ . . . . .	4=28,6	Неграмотныхъ . . . . .	6=42,9
Духовнаго званія . . .	2=14,3	Итого . . . . .	14=100‰
Военнаго званія . . .	1= 7,1		
Дворянъ . . . . .	1= 7,1		
Итого . . . . .	14=100‰		
Семейное положеніе:		Виды психоза:	
Дѣвицъ . . . . .	7=50,0‰	Jnsania hyster. acuta	2=14,3‰
Замужнихъ . . . . .	7=50,0	Jnsania hyster chronic.	12=85,7
Итого . . . . .	14=100‰	Итого . . . . .	14=100‰
Возрастъ:		Движеніе больныхъ:	
Отъ 15 до 20 л. . . .	1= 7,1‰	Выздоровѣло . . . . .	2=14,3‰
„ 20 „ 30 „ . . . .	6=42,9	Выбыло съ улучш. бол.	7=50,0
„ 30 „ 40 „ . . . .	4=28,6	Осталось . . . . .	5=35,7
„ 40 „ 50 „ . . . .	1= 7,1	Итого . . . . .	14=100‰
„ 50 „ 60 „ . . . .	2=14,3		
Итого . . . . .	14=100‰		



**Занятія:** домашн. хоз. 12, торговка 1, страница 1.

**Причины заболѣванія:** болѣзнь половыхъ органовъ 1, апоплексія 1, уремія 1, пьянство 3, врожденная нейро—психопатическая конституція 9.

**Наслѣдственность** 11=78,5<sup>0</sup>/о.

**8. Epilepsia psychica** 24 чел.=6,7<sup>0</sup>/о: 18=8,2<sup>0</sup>/о м. и 6=4,4<sup>0</sup>/о ж.

**Сословіе:**

	м. <sup>0</sup> /о	ж. <sup>0</sup> /о
Крестыянъ .	6=33,3;	4=66,6
Мѣщанъ . .	8=44,5;	—
Военнаго зв. .	4=22,2;	1=16,7
Чиновниковъ.	—	1=16,7
Итого .	18=100;	6=100

**Возрастъ:**

	м. <sup>0</sup> /о	ж. <sup>0</sup> /о
Отъ 5 до 10 л.	—	1=16,7
„ 10 „ 20 „	1= 5,6;	2=33,3
„ 20 „ 30 „	7=38,9;	2=33,3
„ 30 „ 40 „	6=33,3;	1=16,7
„ 40 „ 50 „	4=22,2;	—
Итого .	18=100;	6=100

**Образованіе:**

	м. <sup>0</sup> /о	ж. <sup>0</sup> /о
Грамотныхъ .	13=72,2;	—
Неграмотныхъ	4=22,2;	6=100
Средн. обр. .	1= 5,6;	—
Итого .	18=100;	6=100

**Движеніе больныхъ:**

	м. <sup>0</sup> /о	ж. <sup>0</sup> /о
Выб. съ улуч.	5=27,8;	1=16,7
Умерло . . .	2=11,1;	1=16,7
Осталось . .	11=61,1;	4=66,6
Итого .	18=100;	6=100

**Семейное положеніе:**

	м. <sup>0</sup> /о	ж. <sup>0</sup> /о
Холостыхъ .	15=83,4;	6=100,0
Женатыхъ .	3=16,6;	—
Итого .	18=100;	6=100

**Занятія мужчинъ:** земледѣльцевъ 5, пастуховъ 3, фабр. раб. 2, богадѣльщиковъ 2, безъ занятій 5. **Занятія женщинъ:** дом. хоз. 1, нищая 1, безъ занятій 4.

**Причины болѣзни у мужчинъ:** пьянство 1, горячка 2, золотуха 1, сифилисъ 2, неизвѣстно 12. У женщинъ врожд. 4, неизвѣстно 2.

**Наслѣдственность:** 9 = 37,5<sup>0</sup>/о: 5 = 27,8<sup>0</sup>/о м. и 4=66,6<sup>0</sup>/о ж.

**Причины смерти:** дизентерія 2, status epilepticus 1.

**9. Psychoses periodicae** 12 чел. = 3,3<sup>0</sup>/о: 4 = 1,8<sup>0</sup>/о м. и 8=5, 9 ж.

## Сословіе:

	м. %	ж. %
Крестьянъ . . .	3=76,0;	3=75,5
Мѣщанъ . . .	—	2=25,0
Военнаго зв. . .	1=25,0;	1=12,5
Духовнаго зв. . .	—	2=25,0
Итого . . .	4=100;	8=100

## Возрастъ:

	м. %	ж. %
Отъ 20 до 30 л. . .	3=75,0;	2=25,0
" 30 " 40 " . . .	1=25,0;	2=25,0
" 40 " 50 " . . .	—	4=50,0
Итого . . .	4=100;	8=100

## Семейное положеніе:

	м. %	ж. %
Холостыхъ . . .	2=50,0;	1=12,5
Женатыхъ . . .	2=50,0;	5=62,5
Вдовыхъ . . .	—	2=25,0
Итого . . .	4=100;	8=100

## Образованіе:

	м. %	ж. %
Грамотныхъ . . .	4=100;	7=87,5
Неграмотныхъ . . .	—	1=12,0
Итого . . .	4=100;	8=100

## Виды психозовъ:

	м. %	ж. %
Mania periodica . . .	2=50,0;	4=50,0
Melanch. per. . .	1=25,0;	1=12,5
Ins. hallucin. per. . .	1=25,0;	—
Folie circulaire . . .	—	1=12,5
Folie résonnante . . .	—	2=25,0
Итого . . .	4=100;	8=100

## Движеніе больныхъ:

	м. %	ж. %
Выздоровѣло . . .	1=25,0;	4=50,0
Выб. съ улучш. . .	—	3=37,5
Умерло . . .	1=25,0;	—
Осталось . . .	2=50,0;	1=12,5
Итого . . .	4=100;	8=100

**Занятія** мужчинъ: земледѣльцевъ 3, чернорабочій 1; занятія женщинъ: домашнее хоз. 5, богадѣлка 1, горничная 1, прислуга 1.

**Причины болѣзни** у мужчинъ: неизвѣстно 4; у женщинъ: роды 1, испугъ 1, пьянство 1, малокровіе 1, врожден. психопатич. конституція 2, неизвѣстно 3.

**Наслѣдственность** 3=25%; 3=37,6% ж.

**Причины смерти:** крупозное воспаленіе легкихъ 1.

**10. Delirium tremens potatorum** 27 чел. = 7,6%:  
27=12,2% м.

## Сословіе:

Крестьянъ . . . . .	6=22,2%
Мѣщанъ . . . . .	8=29,7
Военнаго зв. . . . .	5=18,5
Духовнаго зв. . . . .	1= 3,7
Чиновниковъ . . . . .	6=22,2
Почетн. гражд. . . . .	1= 3,7
Итого . . . . .	27=100%

## Образованіе:

Грамотныхъ . . . . .	21=77,8%
Неграмотныхъ . . . . .	2= 7,4
Средн. образ. . . . .	4=14,8
Итого . . . . .	27=100%

Возрастъ:				Движеніе больныхъ:	
Отъ 20 до 30 л.	8=29,7%			Выздоровѣло . . . .	25=92,6%
" 30 " 40 "	10=37,0			Выбыло съ улучшен.	1= 3,7
" 40 " 50 "	5=18,5			Осталось . . . . .	1= 3,7
" 50 " 60 "	4=14,8				
Итого . . . .	27=100%			Итого . . . . .	27=100

Семейное положеніе:	
Холостыхъ . . . .	5=18,5%
Женатыхъ . . . .	20=74,1
Вдовыхъ . . . . .	2= 7,4
Итого . . . .	27=100%

**Занятія:** конторщиковъ 3, писарь 1, письмоводит. 7, старьярь 1, земледѣлецъ 1, сельскій хозяинъ 1, діаконъ 1, типографъ 1, шорникъ 1, садовникъ 1, перевозчикъ 1, маляръ 1, портной 1, чернорабочихъ 2, полицейскій служитель 1, серебрянникъ 1, сапожникъ 1, фабричн. рабочій 1.

**Наслѣдственность:** 13=48,1%.

**Рецидивы болѣзни:** 14=51,8%.

**11. Alcoholismus chronicus** 6 чел.=1,7%: 5 = 2.3%  
м. и 1=0, 7% ж.

Сословіе:				Образованіе:	
	м. %	ж. %		м. %	ж. %
Крестьянъ . . . .	1=20,0;	—		Грамотныхъ . . . .	3=60,0; 1=100
Мѣщанъ . . . . .	2=40,0	1=100		Неграмотныхъ . . . .	1=20,0; —
Разночинц. . . . .	2=40,0;	—		Средн. образ. . . . .	1=20,0; —
Итого . . . . .	5=100;	1=100		Итого . . . . .	4=100; 1=100
Возрастъ:				Движеніе больныхъ:	
	м. %	ж. %		м. %	ж. %
Отъ 40 до 50 л. . . .	4=80,0;	1=100		Выздоровѣло . . . .	1=20,0; —
" 50 " 70 " . . . .	1=20,0;	—		Выб. съ улуч. . . . .	1=20,0; —
Итого . . . . .	5=100;	1=100		Умерло . . . . .	2=40,0; 1=100
Семейное положеніе:				Осталось . . . . .	1=20,0; —
	м. %	ж. %		Итого . . . . .	5=100; 1=100
Холостыхъ . . . .	1=20,0;	—			
Женатыхъ . . . .	4=80,0;	—			
Вдовыхъ . . . . .	—	1=100			
Итого . . . . .	5=100;	1=100			

**Занятія** мужчинъ: земледѣлецъ 1, чернорабочій 1, безъ опредѣл. занятій 3; занятіе женщинъ: поденьщица 1.

**Наслѣдственность** 3=50%: 3=60% м.

**Причина смерти:** общій уподокъ питанія 2, чахотка 1.

**12. Idiotismus** 18 чел. = 5,0%: 11 = 5,0% м. и 7 = 5,1% ж.

## Сословіе:

	м. %	ж. %
Крестьянъ . .	9=81,8;	6=85,7
Мѣщанъ . .	—	1=14,3
Военнаго зв. .	1= 9,1;	—
Дворянъ . .	1= 9,1;	—
Итого . .	11=100;	7=100

## Образованіе:

	м. %	ж. %
Грамотныхъ . .	3=27,3;	—
Неграмотныхъ .	8=72,7;	7=100
Итого . .	11=100;	7=100

## Возрастъ:

	м. %	ж. %
Отъ 15 до 20 л. .	1= 9,1;	1=14,3
" 20 " 30 " . .	9=81,8;	2=28,6
" 30 " 40 " . .	—	2=28,6
" 40 " 50 " . .	1= 9,1;	2=28,6
Итого . .	11=100;	7=100

## Виды психоза:

	м. %	ж. %
Idiotismus . .	6=54,5;	5=71,4
Imbecillitas . .	5=45,5;	2=28,6
Итого . .	11=100;	7=100

## Семейное положеніе.

	м. %	ж. %
Холостыхъ . .	10=90,9;	7=100
Женатыхъ . .	1= 9,1;	—
Итого . .	11=100;	7=100

## Движеніе больныхъ:

	м. %	ж. %
Выб. безъ улуч. .	2=18,2;	1=14,3
Умерло . .	1= 9,1;	3=42,9
Осталось . .	8=72,7;	3=42,9
Итого . .	11=100;	7=100

**Занятія** мужчинъ: земледѣльцевъ 3, торговецъ 1, сапожникъ 1, безъ занятій 6; занятія женщинъ: странница 1, нищая 1, богадѣлка 1, безъ занятій 4.

**Наслѣдственность** 2=11,1%: 2=18,2% м.

**Причины смерти:** крупозное воспаленіе легкаго 1, общій упадокъ питанія 1, сифилитич. кахексія 1, чахотка 1.

**13. Подъ рубрику „особые случаи“** отнесены слѣдующія болѣзненные формы:

1. Sclerosis cerebro-spinalis disseminata: сынъ чиновника, ученикъ семинаріи 22 л., холостой; психопатическая наслѣдственность со стороны отца и матери; заболѣлъ послѣ тифа; состоялъ къ 1887 г.

Meningitis cerebri acuta: мѣщанинъ, 40 л., женатый, грамотный, по занятію—приказчикъ; причина болѣзни неизвѣстна; умеръ на другой день по поступленіи. Вскрытія не пожелали родственники больного.

3. Hidrocephalus chronicus: крестьянинъ, 40 л., женатый, неграмотный, по занятію—столяръ; причина болѣзни—пьянство и тифъ; выписанъ съ значительнымъ улучшеніемъ.

4. *Morphinismus*: воспитанникъ Ярославской фельдшерской школы, 21 г., холостой, выписанъ здоровымъ.

5. *Hydrophobia*: вдова причетника, 45 л., грамотная, 15 августа была укушена бѣшеной собакой, съ 18 авг. подвергалась въ Москвѣ предохранительнымъ прививкамъ по способу Пастера: заболѣла водобоязнью 22 октября и умерла 28 того-же мѣсяца.

6. *Hydrophobia*: крестьянская дѣвица, 30 л., неграмотная; была укушена бѣшеной собакой за годъ до заболѣванія водобоязнью; умерла въ день поступленія въ больницу.

7. *Peritonitis acuta*: мѣщанка, 58 л., замужняя, грамотная, по занятію—торговка; заболѣла послѣ паденія зимой въ прорубь рѣки, куда она, по словамъ родныхъ, бросилась сама подъ вліяніемъ душевной болѣзни; умерла черезъ три дня по поступленіи.

8. *Peritonitis acuta puerperalis*: крестьянская дѣвица, 29 л., неграмотная; заболѣла на 5-ый день послѣ родовъ; умерла въ день поступленія.

## Инспекторатъ надъ психіатрическими до- мами во Франціи.

Г. Врейтманъ.

Благодаря работамъ психіатровъ XIX столѣтія, Esquirol'я, Pinel'я, Brette и въ особенности Ferrus'a, положеніе умалишенныхъ измѣняется, улучшается и входитъ въ новую, гуманную эру съ созданіемъ закона 38 года. Подземныя кельи и желѣзныя клѣтки для умалишенныхъ уничтожены и государство строитъ для „больныхъ мозговъ“ обширныя гигиеническія больницы и пріюты (asiles). Больницы поставлены закономъ подъ непосредственное наблюденіе публичныхъ властей. Такъ, по 4 § „закона 38 года объ умалишенныхъ“, префектъ департамента, министръ внутреннихъ дѣлъ, президентъ суда королевскій прокуроръ, мировой судья, наконецъ мэръ коммуны должны непосредственно или черезъ своихъ делегатовъ инспектировать — больницы. Такимъ образомъ законъ ставитъ умалишенныхъ въ зависимости отъ государственной, судебной и исполнительной властей.

Разсмотримъ теперь функціи, обязанности и права каждой категоріи.

Администрація больницъ поставлена въ непосредственную зависимость отъ министерства внутреннихъ дѣлъ, префекта и бесплатныхъ комиссій, состоящихъ изъ пяти компетентныхъ личностей, знакомыхъ съ внутреннею жизнью умалишенныхъ.

Делегаты—инспектора, назначенные министерствомъ внутреннихъ дѣлъ или префектомъ, обязаны посѣщать, по крайней мѣрѣ, разъ въ три мѣсяца всѣ больницы. Посѣщеніе должно быть внезапно, въ неопредѣленные дни. Послѣ генеральнаго осмотра, инспектора, выслушавъ требованія и заявленія больныхъ, обязаны составить отчетъ инспекціи: возлѣ имени каждаго больного поставить діагнозъ его и въ то же время отмѣтить (обязательно) можно или нельзя выписать его. Отзывъ о своевременности выпуска умалишеннаго заносится главными инспекторами въ особый регистръ, имѣющійся въ каждой боль-

ницѣ. Въ этотъ же регистръ вписываются всѣ законныя заявленія и требованія умалишенныхъ. Копія отчета отсылается въ министерство внутреннихъ дѣлъ и въ префектуру. Кромѣ того инспектора министра и префекта надзираютъ за гигиеническимъ устройствомъ больницъ.

До 48 года Ferrus, одинъ изъ горячихъ защитниковъ умалишенныхъ, былъ единственнымъ представителемъ и главнымъ инспекторомъ министерства внутреннихъ дѣлъ. Онъ самъ разъѣзжалъ по больницамъ, наблюдалъ за персоналомъ, заботился объ улучшеніи пищи и леченіи больныхъ и проч. Но съ увеличеніемъ больницъ увеличилось и количество больныхъ. Ferrus не можетъ больше управиться съ инспекціей всѣхъ больницъ и законъ 25 ноября 1848 года назначаетъ двухъ главныхъ инспекторовъ и одного адъютантъ-инспектора. Первыми главными инспекторами министерства были Ferrus и Parchappe.

Но въ 1859 году Ferrus выходитъ въ отставку, мѣсто адъютантъ-инспектора уничтожено и министерство вырабатываетъ новыя правила для своихъ инспекторовъ.

Генеральными инспекторами могутъ быть лица, хорошо знакомыя съ нравственностью, бытомъ и внѣшней жизнью умалишенныхъ. Инспекторами могутъ быть только медики, не моложе 40 лѣтъ и которые исполняли, по крайней мѣрѣ, въ продолженіи 5 лѣтъ обязанность директора-медика или главнаго доктора въ общественномъ психіатрическомъ домѣ, вмѣщающимъ не менѣе 100 больныхъ. При своемъ назначеніи, доктора получаютъ званіе инспектора 4-го класса и 6000 frs. оклада въ годъ, кромѣ издержекъ по путешествію.

Функціи главныхъ инспекторовъ министерства непостоянны. Разъ въ тримѣсячье, или по временному приказу министра, инспектора посѣщаютъ и осматриваютъ ту или другую больницу. Въ этомъ отношеніи Франція стоитъ далеко ниже Англіи, гдѣ „инспекторскій смотръ больницъ“ существуетъ непрерывно, гдѣ инспектора имѣютъ извѣстный самостоятельный голосъ. Инспекторъ министра во Франціи имѣетъ чисто совѣщательный голосъ. Онъ не можетъ по своему личному усмотрѣнію ни выписать больного изъ больницы, ни перевести его въ другую. Инспекторъ послѣ осмотра обязанъ въ своемъ отчетѣ положительно высказаться, можетъ ли больной быть выпущенъ или нѣтъ.

Генеральные инспектора министерства, послѣ каждого осмотра — четыре раза въ годъ — больныхъ, экзаменуютъ финансовое положеніе больницы, констатируютъ коли-

чество больныхъ, наблюдаютъ, чтобы это количество было пропорціонально числу кроватей,—распрашиваютъ больныхъ, довольны ли они пищей, провѣряютъ издержки больницы, даютъ въ своемъ отчетѣ отзывы о медицинскомъ и служебномъ персоналѣ, высказываютъ свое мнѣніе о способѣ леченія въ томъ или другомъ психіатрическомъ домѣ, наконецъ провѣряютъ статистику (пріемы, переводы, выходы, смертные случаи).

Помѣщеніе больныхъ въ психіатрическіе дома поставлено подъ непосредственный надзоръ префекта или су-префекта департамента, или же мэра даннаго округа.

По 18, 19, 20 и 21 § второй секціи закона 38 года, префектъ является главнымъ инспекторомъ, наблюдающимъ за пріемомъ и выпускомъ больныхъ.

Префектъ обязанъ помѣстить въ домъ умалишенныхъ особу, которая ему была представлена медиками, прокуроромъ или родителями, какъ психически-больного, немоущаго пользоваться свободой.

Медицинское свидѣтельство не можетъ быть выдано медикомъ, служащимъ въ психіатрическомъ домѣ, равно какъ и родственникомъ больного. Кромѣ того инспекторъ, назначенный префектомъ, обязанъ удостовѣриться, чтобы свидѣтельство было выдано не позже 15 дневнаго срока. Три дня послѣ помѣщенія больного въ частный психіатрическій домъ инспекторъ долженъ констатировать положеніе умственныхъ способностей пациента и немедленно послать префекту отчетъ о своемъ изслѣдованіи. Въ общественныхъ психіатрическихъ домахъ отчетъ посылается не инспекторами, а медиками дома.

Кромѣ инспекторовъ, завѣдующихъ пріемомъ въ частныхъ психіатрическихъ домахъ, префектъ назначаетъ для каждой больницы или для всѣхъ больницъ департамента 5 инспекторовъ, наблюдающихъ за финансовымъ устройствомъ, за внутреннимъ режимомъ (пища, вино, медикаменты) больницы. Эта коммиссія инспекторовъ даетъ свое мнѣніе о покупкахъ пищевыхъ продуктовъ, продажѣ и покупкѣ мебели. Кромѣ того коммиссія управляетъ движимымъ и недвижимымъ имуществомъ секвестрованныхъ больныхъ.

Эти инспектора назначаются префектомъ на 5 лѣтъ, они выбираются изъ компетентныхъ лицъ, хорошо знакомыхъ съ одной стороны съ внутренней жизнью психическихъ больныхъ, съ другой съ законодательствомъ страны (Медики и юристы). Члены коммиссіи не получаютъ жалованья.



Коммиссія собирается каждый мѣсяцъ въ больницахъ. Директоръ больницы участвуетъ въ засѣданіяхъ съ правомъ совѣщательнаго голоса. Кромѣ ежемѣсячныхъ засѣданій, префектъ можетъ созвать коммиссію внезапно, чтобы провѣрить финансовыя дѣла и положеніе умалишенныхъ въ томъ или другомъ психіатрическомъ домѣ.

Одна изъ главныхъ заботъ коммиссіи—это временное управленіе имуществомъ больныхъ.

Вещи сохраняются бесплатно для бѣдныхъ; богатые платятъ маленькую сумму, назначенную пропорціонально имущественному цензу больного. Въ продолженіи трехъ лѣтъ, инспекторъ имѣетъ право, по предварительному разрѣшенію префекта, отдать недвижимое имущество въ аренду.

Кромѣ того префектъ назначаетъ инспекторовъ, надзирающихъ за психически-больными, помѣщенными въ отдѣльныхъ палатахъ общихъ больницъ. Права и обязанности этихъ инспекторовъ ни чѣмъ не разнятся отъ вышеописанныхъ; послѣ экзамена больного, инспекторъ немедленно увѣдомляетъ префекта о результатѣ.

Префектъ увѣдомляетъ о всѣхъ мѣрахъ, принятыхъ по отношенію къ больному, прокурора республики. Это увѣдомленіе должно быть сдѣлано не позже трехдневнаго срока.

Душевно-больные, кто бы они ни были, имѣютъ право всегда обратиться письменно къ прокурору республики, или президенту судебной палаты. Никто изъ служащихъ въ психіатрическихъ домахъ не имѣетъ права задерживать письма больныхъ къ агентамъ судебной палаты.

Судъ посылаетъ одного или нѣсколько инспекторовъ, взятыхъ изъ медиковъ и юристовъ, чтобы экзаменовать больного. Немедленный выходъ или дальнѣйшее пробываніе въ больницѣ постановляется экспертами безъ всякой мотивировки.

Душевно больные прекрасно знаютъ, что прокуроръ можетъ всегда ихъ освободить въ то время, когда префектъ ихъ заперъ. Черезъ наши руки еженедѣльно проходятъ десятки писемъ къ прокурору и президенту суда, гдѣ больные просятъ о томъ, чтобы ихъ выпустили „изъ этой тюрьмы“.

Резюмируя статью объ инспекціи больницъ, мы видимъ, что инспекторъ исполнительной власти, а слѣдовательно и исполнительная власть, имѣютъ больше правъ, чѣмъ инспектора министерства,—что судебная власть посылаетъ своихъ инспекторовъ только тогда, когда больные обращаются къ прокурору,—наконецъ мы съ грустью должны отмѣтить тотъ фактъ,

что лично медикъ-кураторъ, т. е. человекъ, который знаетъ своего больного лучше, чѣмъ инспекторъ или экспертъ, экзаменующій его 10 минутъ, играетъ второстепенную роль въ вопросѣ о выпискѣ изъ больницы, хотя рѣдко случается, чтобы префектъ не выпустилъ больного, разъ медикъ отиѣтилъ „выздоровленіе“, но тотъ фактъ, что префектъ можетъ непосредственно дать выпускъ душевно-больному, вызывалъ и вызываетъ справедливое осужденіе медицинскаго литературнаго міра.

---

## НЕКРОЛОГЪ.

### Иванъ Романовичъ Пастернацкій.

А. Г. Штейнбергъ и П. А. Троицкій.

27-го мая въ Варшавѣ совершилось печальное торжество похоронъ хорошо извѣстнаго здѣшнему русскому обществу врача, Ивана Романовича Пастернацкаго, скончавшагося въ ночь съ 23-го на 24-е мая отъ язвенной формы хроническаго эндокардита.

Тройную тяжелую утрату нанесла смерть покойнаго: въ его лицѣ Варшавскій Уяздовскій госпиталь хоронилъ основателя и завѣдующаго отдѣленіемъ душевныхъ болѣзней, Варшавскій университетъ—профессора, только что вступившаго на университетскую кафедру, русская публика—популярнѣйшаго и симпатичнѣйшаго изъ здѣшнихъ врачей.

Иванъ Романовичъ Пастернацкій родился 18-го апрѣля 1848 г. въ селѣ Березинѣ, Минской губерніи. По окончаніи курса въ Минской духовной семинаріи, покойный, выдержавъ экзаменъ на аттестатъ зрѣлости въ Кіевской классической гимназіи, въ 1867 г. поступилъ въ число студентовъ Императорской С.-Петербургской Медико-Хирургической академіи; здѣсь, еще будучи на студенческой скамьѣ, И. Р. выказалъ особую любовь къ психіатріи и сталъ работать подъ руководствомъ проф. И. М. Балинскаго. Окончивъ курсъ въ академіи въ 1873 г., И. Р. былъ назначенъ младшимъ ординаторомъ Новогеоргіевского военнаго госпиталя, но черезъ 1½ года былъ переведенъ въ Варшавскій Уяздовскій госпиталь, гдѣ работалъ до послѣднихъ дней жизни въ созданномъ имъ отдѣленіи душевныхъ болѣзней. Въ 1876 г. И. Р. защитилъ диссертацию подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о психомоторныхъ центрахъ головного мозга“ и былъ удостоенъ ученой степени доктора медицины. Въ 1880 г. Военно-

\*

медицинскимъ ученымъ комитетомъ покойный былъ командированъ съ научною цѣлью за границу; въ продолженіи 1880 и 1881 гг. занимался во многихъ заграничныхъ клиникахъ и особенно подъ руководствомъ профессоровъ Мейнерта, Маньяна, Вульпяна и Шерка.

Къ дѣятельности покойнаго товарища, какъ нельзя болѣе, подходитъ римская поговорка: „non multum, sed multa“. И. Р. работалъ недолго, но сдѣлалъ очень и очень много; благодаря его энергіи и настойчивости дѣло призрѣнія и врачеванія душевнобольныхъ чиновъ Варшавскаго военнаго округа въ настоящее время поставлено такъ, что оставляетъ желать еще не многого. Въ Уздовскомъ госпиталѣ, какъ главномъ мѣстѣ своей дѣятельности, онъ воздвигъ себѣ вѣчный памятникъ—это отдѣленіе душевнобольныхъ—имъ лично созданное и устроенное; которое онъ любилъ, какъ свое родное дѣтище и ради благоустройства котораго не щадилъ ни своихъ силъ, ни своего здоровья.

До И. Р. душевнозаболѣвшіе нижніе чины помѣшались въ деревянномъ баракѣ (такъ называемомъ 6-мъ внутреннемъ отдѣленіи), въ которомъ комнаты были устроены наподобіе стойлъ въ конюшняхъ, гдѣ правильная сортировка больныхъ была совершенно невозможной, гдѣ постоянно раздавались крики, пѣніе, стоны и куда собиралась публика, чтобы только взглянуть на бѣснующихся; помѣщеніе для душевнобольныхъ офицеровъ не многимъ было лучше солдатскаго: несчастные больные были обречены оставаться безъ всякаго надзора и правильнаго врачебнаго ухода. Не имѣя сами никакихъ развлеченій, они своими кривляніями, пляской, декламацией и т. д. развлекали своихъ сосѣдей душевно-здоровыхъ офицеровъ, платившихъ имъ за эти зрѣлища различными подачками, въ родѣ: папиросокъ, куска сахару и т. п. На больныхъ этихъ прислуга смотрѣла, какъ на одержимыхъ нечистой силой и самая врачебная помощь отличалась здѣсь крайнимъ пессимизмомъ: эти отдѣленія считались обыкновенно придаткомъ къ какому либо другому (напр. 6-е внутр. къ женскому) и одинъ разъ находились въ вѣденіи консультанта по терапевтической части, а другой—консультанта-хирурга, а то даже и прозектора госпиталя.

При такихъ условіяхъ, о какомъ либо врачеваніи душевнобольныхъ, или правильномъ и раціональномъ за ними уходѣ, разумѣется, не могло быть и рѣчи; вслѣдствіе чего, различныя непріятныя происшествія по поводу столкновенія этихъ больныхъ какъ съ другими больными и служащими въ госпиталѣ, такъ и посторонними посѣтителеми, составляли нерѣдкость въ стѣнахъ Уяздовскаго госпиталя.—Въ такомъ положеніи душевнобольные Варшавскаго военного округа оставались до тѣхъ поръ, пока въ Уяздовскомъ госпиталѣ не появился Ив. Романовичъ и не принялъ въ свое завѣдываніе психическаго отдѣленія. Со свойственною ему энергіей и настойчивостью, покойный товарищъ, одушевляемый любовью къ избранной специальности и сочувствіемъ къ злосчастной участи своихъ пациентовъ, горячо принялся за возможное улучшение ихъ быта. Оставаясь по цѣлымъ днямъ въ отдѣленіи и самъ наблюдая не только за правильнымъ леченіемъ, но и за всѣмъ содержаніемъ душевнобольныхъ, Ив. Ром. являлся образцомъ для своихъ сослуживцевъ; онъ лично обучалъ фельдшеровъ и прислугу раціональнымъ приѣмамъ ухода и способамъ обращенія съ душевнобольными. Положивъ въ основу своихъ отношеній къ психическимъ больнымъ начала чело-вѣколюбія и кротости, онъ требовалъ того же и отъ всѣхъ служащихъ въ отдѣленіи, строго карая тѣхъ, въ комъ замѣчалъ уклоненія отъ оныхъ.

Мало по малу крики, стоны и кривлянія душевнобольныхъ, дотолѣ обычныя въ психіатрическомъ отдѣленіи, затихли и уступили мѣсто порядку, тишинѣ и спокойствію, не смотря на всѣ недостатки со стороны самого помѣщенія. Вмѣстѣ съ тѣмъ, Ив. Ром. не упускалъ случая, чтобы обратить вниманіе подлежащаго начальства на неудовлетворительное положеніе душевнобольныхъ Уяздовскаго госпиталя и, благодаря его стараніямъ, было ускорено дѣло по устройству при госпиталѣ особаго психіатрическаго отдѣленія, какое и было открыто наконецъ въ 1878 году на 35 человекъ (10 офицеровъ и 25 нижнихъ чиновъ). Къ сожалѣнію, при постройкѣ новаго зданія, инженерное вѣдомство недостаточно обратило вниманія на его специальное назначеніе, благодаря чему оно оказалось

мало приспособленнымъ для помѣщенія въ немъ психическихъ больныхъ и далеко не отвѣчавшимъ даже самымъ скромнымъ требованіямъ современной психіатрической лечебницы. Прежде всего допущена была одна крупная ошибка, которая съ каждымъ годомъ становится все болѣе и болѣе ощутимой, а именно: при расчетѣ количества больныхъ, на которое предлагалось строить отдѣленіе, было принято во вниманіе не то отношеніе душевнобольныхъ къ здоровымъ, каковое принимается наукой, но то количество больныхъ, какое до тѣхъ поръ бывало въ госпиталѣ; это же количество несомнѣнно было ниже дѣйствительнаго, такъ какъ условія содержанія психическихъ больныхъ при Уяздовскомъ госпиталѣ ничего не представляли привлекательнаго ни для самихъ больныхъ, ни для частей войскъ, присылавшихъ сюда своихъ чиновъ на леченіе и испытаніе. По всей вѣроятности большая часть таковыхъ—или прямо были увольняемы изъ полковъ, какъ неспособные къ военной службѣ, или же,—помимо Уяздовскаго госпиталя, были помѣщаемы въ другіе госпиталя и лазареты. И только съ появленіемъ Ивана Романовича отдѣленіе душевнобольныхъ при Уяздовскомъ госпиталѣ превратилось въ единственное въ цѣломъ Варшавскомъ округѣ мѣсто, куда помѣщаются какъ всѣ несомнѣнно душевнобольные, такъ и подозрѣваемые въ психическомъ разстройствѣ лица и присылаются сюда не только изъ различныхъ частей войскъ и госпиталей здѣшняго округа, но даже и сосѣдняго—Вилenskaго. Вслѣдствіе чего, принятое число штатныхъ мѣстъ въ отдѣленіи душевнобольныхъ при Уяздовскомъ госпиталѣ оказалось крайне недостаточнымъ и уже въ 1880 г., при введеніи новаго служебнаго штата для психіатрическихъ отдѣленій, оно увеличено было съ 35 человѣкъ до 60-ти; вмѣстѣ съ этимъ явилась настоятельная необходимость въ соотвѣтствующемъ расширеніи отдѣленія. Въ виду значительнаго переполненія его больными и крайняго стѣсненія таковыхъ, Ив. Ром. уступилъ свою квартиру, находившуюся при отдѣленіи, подъ помѣщеніе спокойныхъ душевнобольныхъ офицеровъ и вмѣстѣ съ тѣмъ ходатайствовалъ о производствѣ необходимыхъ передѣлокъ и перестройкѣ,

сообразно съ требованіями современной психіатріи; согласно его указаніямъ, ходатайство это было уважено и для означенныхъ цѣлей была ассигнована сумма въ размѣрѣ 5000 руб. сер. Вся новая перестройка была сдѣлана при самомъ дѣятельномъ участіи Ив. Ром.: онъ входилъ во всѣ мельчайшія подробности работы, писалъ проекты, составлялъ смѣты, собиралъ справочныя цѣны, приглашалъ для совѣщанія опытныхъ строителей—инженеровъ и т. д.

Благодаря только Ивану Романовичу, Уяздовскій госпиталь, вмѣсто плохого и мало приспособленнаго для специальныхъ цѣлей зданія, имѣетъ въ настоящее время психіатрическую лечебницу, каковая, не смотря на нѣкоторые недостатки, все-таки, въ состояніи удовлетворить насущнымъ потребностямъ округа, давая возможность немедленно предоставлять всѣмъ душевно-заболѣвшимъ воинскимъ чинамъ его соотвѣтствующее помѣщеніе, рациональную медицинскую помощь и правильный уходъ.

Широко преслѣдуя въ своемъ отдѣленіи принципъ нравственнаго леченія психопатовъ, Ив. Ром. постоянно заботился о предоставленіи своимъ больнымъ возможныхъ развлеченій и удовольствій, каковыя-бы дѣлали ихъ пребываніе въ отдѣленіи пріятнымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ отвлекали-бы вниманіе ихъ отъ ложныхъ болѣзненныхъ идей. По ходатайству его было отпущено около 1300 руб. сер. на пріобрѣтеніе приличной мебели и предметовъ развлеченія для душевно-больныхъ, благодаря чему обстановка помѣщенія напр. для спокойныхъ больныхъ офицеровъ носитъ въ настоящее время болѣе или менѣе домашній, семейный характеръ: больные имѣютъ гостинную, общую столовую, читальную комнату и отдѣльныя спальни; для развлеченія больныхъ имѣются: рояль, карточные и шахматные столы, нѣсколько газетъ и т. д.

Къ сожалѣнію, стѣснительныя условія мѣста и существованіе психіатрическаго отдѣленія при госпиталѣ (въ видѣ прибавочнаго отдѣленія), лишали покойнаго товарища возможности достигнуть въ немъ такого устройства, каковое-бы удовлетворяло всѣмъ требованіямъ современной психіатрической лечебницы. По мнѣнію Ив. Ром., которое онъ неоднократно вы-

сказывалъ въ своихъ официальныхъ рапортахъ, для полного удовлетворенія нуждъ Варш. воен. округа необходимо — или расширение нынѣ существующаго отдѣленія новыми къ нему пристройками, или же — постройка для лечебницы душевныхъ болѣзней особаго зданія, внѣ госпиталя и совершенно отъ него независимаго, которое бы играло роль военно-окружной психіатрической лечебницы съ правами и штатнымъ числомъ мѣстъ, положенными для Петербургской клиники душевныхъ болѣзней.

Главнѣйшимъ недостаткомъ нынѣ существующаго при Уяздовскомъ госпиталѣ психіатрическаго отдѣленія является его тѣснота: не смотря на ускоренную (среднимъ числомъ, каждый больной остается въ отдѣленіи не больше 45 дней) и усиленную выписку, наличное число бб. всегда бываетъ гораздо больше положеннаго по штату, — напр. въ прошломъ году количество бб. доходило до 95 человѣкъ; за послѣдніе 4 года число больныхъ офицеровъ почти въ два раза превышало положенное по штату число мѣстъ. Разумѣется, при такомъ скученіи душевно бб., для предотвращения какихъ-либо несчастныхъ случаевъ, отъ врача-психіатра требуется не только много труда, но и большой опытности, знанія въ совершенствѣ всѣхъ своихъ больныхъ и ознакомленія съ ихъ характеромъ, привычками и сущностью ихъ ложныхъ, бредовыхъ идей; послѣднее же возможно только при наличности полного довѣрія всѣхъ больныхъ къ своему врачу.

И необходимо замѣтить, что Ив. Ром. всецѣло пользовался таковымъ довѣріемъ: душа каждаго изъ его больныхъ предъ нимъ была открыта, ему всегда были извѣстны всѣ ихъ сокровенныя чувства, мысли и желанія. Безъ преувеличенія можно сказать, что рѣдкій изъ психіатровъ такъ близокъ къ своимъ больнымъ, рѣдкій пользуется съ ихъ стороны такимъ уваженіемъ, такою любовью и расположеніемъ, какими пользовался покойный Ив. Романовичъ! Зная въ совершенствѣ психическую сферу каждаго, онъ съ рѣдкимъ умѣньемъ обращалъ это на пользу самихъ же больныхъ и на благосостояніе своего отдѣленія; производя правильную сортировку больныхъ по родамъ ихъ болѣзней и предоставляя каждой категоріи соотвѣтствующее



помѣщеніе и уходъ, Ив. Ром. не разъ избавлялъ свое отдѣленіе отъ многихъ несчастныхъ случаевъ. Если судить о благосостояніи въ данной психіатрической лечебницѣ по спокойствію въ ней, отсутствію несчастныхъ происшествій и малому числу буйствующихъ больныхъ, то отдѣленіе Ив. Романовича, не смотря на недостатки со стороны устройства его, должно быть отнесено къ образцовымъ заведеніямъ этого рода, такъ какъ за все время завѣдыванія его онымъ несчастные случаи бывали чрезвычайно рѣдко.

Покойный товарищъ оставилъ психіатрическому отдѣленію Уяздовскаго госпиталя доброе имя и почетную извѣстность не только между военно служащими въ Варшавскомъ Округѣ, но и среди всей здѣшней русской колоніи: изъ числа больныхъ отдѣленія всегда въ немъ находится по нѣскольку человѣкъ — лицъ гражданскаго вѣдомства, не смотря на всѣ затрудненія къ приему таковыхъ въ оное отдѣленіе, какъ спеціально военное заведеніе. Установившееся гепотѣ его и громкое имя покойнаго привлекали всегда массу больныхъ, искавшихъ его совѣта и помощи въ стѣнахъ завѣдуемаго имъ отдѣленія. Но, не имѣя возможности пріютить у себя всѣхъ несчастныхъ душевно-больныхъ, обращавшихся къ нему, Ив. Ром. отъ своего ничтожнаго досуга удѣлялъ не мало времени посѣщеніямъ и уходу за таковыми больными на ихъ квартирахъ и при этомъ — не изъ личныхъ какихъ-либо выгодъ и не съ цѣлю стяжанія, а исключительно изъ любви къ страждущему человѣчеству, не обращая никакого вниманія на имущественное, общественное положеніе заболѣвавшего.

По мимо сказаннаго, многотрудная и плодотворнѣйшая дѣятельность Ив. Ром. выразилась еще въ цѣломъ рядѣ экспертизъ въ судебныхъ учрежденіяхъ и участіемъ въ качествѣ специалиста-психіатра въ коммиссіяхъ, по приглашенію административныхъ лицъ. Особенно горячее участіе и усиленную дѣятельность покойный проявилъ въ качествѣ члена коммиссіи по устройству Окружной психіатрической лечебницы въ мѣстечкѣ „Творкахъ“. Будучи приглашенъ Варшавскимъ Генераль-губернаторомъ къ участію въ ней, онъ не ограничивался пассивною ролью совѣтника, но

взялъ на себя трудъ изучить детально составленный безъ его участія и уже утвержденный планъ и проэктъ лечебницы.

Найдя въ нихъ нѣкоторыя, весьма существенныя, упущенія, Ив. Ром., не смотря на свою болѣзнь, уже далеко въ то время подвинувшуюся, неопустительно посѣщалъ всѣ засѣданія комиссіи и неоднократно ѣздилъ на мѣсто предполагаемой постройки для личнаго ознакомленія съ характеромъ и санитарными условіями мѣстности; въ результатъ его работъ получились коренныя измѣненія первоначальнаго плана, подробно мотивированныя имъ въ комиссіи обширной запиской. Съ выводами изложенными въ этой запискѣ комиссія согласилась и сдѣланныя имъ измѣненія въ планъ и проэктъ были одобрены г. начальникомъ края.

Наконецъ, не малую часть своихъ трудовъ Ив. Ром. удѣлялъ и Варшавскому университету, въ качествѣ приватъ-доцента, оставивъ по себѣ память знающаго и дѣловитаго преподавателя, одушевленнаго любовью къ своей наукѣ и учащемуся юношеству. Возвратясь изъ заграничной командировки въ 1882 г., Ив. Ром., по прочтеніи 2-хъ лекцій *pro venia legendi* подъ заглавіемъ: „О первичномъ бредовомъ психозѣ“ и „О галлюцинаціяхъ“ единогласно былъ признанъ медицинскимъ факультетомъ достойнымъ званія приватъ-доцента и ему было поручено чтеніе лекцій нервныхъ болѣзней студентамъ III-го курса и руководство практическими занятіями по психіатріи съ студентами V-го курса. Съ рѣдкимъ одушевленіемъ и любовью къ дѣлу покойный товарищъ приступилъ къ преподавательской дѣятельности и продолжалъ таковую почти безвозмездно до самой своей смерти; хотя его лекціи были необязательны для студентовъ, но аудиторія его всегда была полна слушателями. Студенты цѣнили въ Иванѣ Романовичѣ не только хорошаго лектора, образцоваго учителя и глубоко образованнаго специалиста, но и прекраснаго человѣка, вполне для нихъ доступнаго, къ которому они могли всегда обратиться за совѣтомъ и помощью. Вся дѣятельность покойнаго въ качествѣ приватъ-доцента служила только подготовленіемъ къ занятію самостоятельной универ-

ситетской каѳедры, всегда составлявшей завѣтную его мечту и цѣль жизни.

Въ началѣ текущаго года въ Варшавскомъ Университетѣ, за выходомъ въ отставку проф. Пленковскаго, открылась каѳедра душевныхъ и нервныхъ болѣзней; мечты покойнаго товарища уже были близки къ осуществленію и дѣйствительно: 13-го мая онъ былъ избранъ профессоромъ психіатріи, а 24-го его постигла смерть.....

Какая злая и горькая насмѣшка судьбы!!

г. Варшава,  
Октября 6-го дня.

---

## Критика и бібліографія.

**Проф. Д. Н. Зерновъ.** Рѣдкій случай видоизмѣненій формы Роландовой борозды и центральныхъ извилинъ.

Измѣненія въ направленіи мозговыхъ бороздокъ, особенно же перерывъ типичныхъ бороздокъ, явленіе весьма рѣдкое. Такъ, относительно видоизмѣненій Роландовой борозды извѣстно было только 10 описанныхъ случаевъ (Wagner, Heschl, Féré, Giacomini). Уважаемый проф. Д. Н. Зерновъ описываетъ новый таковой случай. Роландова борозда была въ своемъ теченіи прервана мостикомъ и, соотвѣтственно этому, центральныя извилины были соединены этимъ мостикомъ. Подобныя аномаліи Роландовой борозды явленіе очень рѣдкое, по нѣкоторымъ оно представляется только въ 1%, по другимъ въ 1/2%, а по автору и того меньше. Профессоръ Д. Н. Зерновъ полагаетъ, вопреки мнѣнію Rüdinger'a и отчасти Giacomini, что эти аномаліи, едва ли имѣютъ какое либо отношеніе съ индивидуальнымъ мозговымъ отправленіемъ данныхъ субъектовъ.

*П. И. Ковалевскій.*

**Др. П. Викторовъ.** Ученіе о личности, какъ нервно-психическомъ организмѣ. Выпускъ первый.

Въ своемъ трактатѣ авторъ старается свести въ одинъ органический фокусъ всѣ элементы разрозненнаго психо-физиологическаго и психо-патологическаго анализа, чтобы точнѣе дать понятіе о личности, какъ живой единицѣ, здороваго и больного организма. Основной темой его произведенія является ученіе о настроеніи духа или состояніи самочувствія подъ вліяніемъ кровообращенія и питанія коркового вещества головного мозга. Для рѣшенія своего вопроса, онъ разсматриваетъ личность съ точки зрѣнія индивидуальной, клинической и общественной психологіи. Онъ указываетъ на тѣсную связь, на строгую гармонію, соматической и психической стороны и говоритъ, что разстройствомъ одной — вызываются аномаліи и въ другой; далѣе, рядъ болѣзней зависитъ отъ привычекъ, почерпаемыхъ

въ аномаліяхъ окружающаго общества; наконецъ касается личности при душевныхъ болѣзняхъ. Послѣднія, по автору, подлежатъ клинической психологіи. Для клинической психологіи признается необходимымъ изученіе и фізіологическихъ явленій, безъ которыхъ психическія явленія останутся непонятными и темными. На основаніи тѣсныхъ соотношеній между психическими и фізіологическими явленіями, какъ бы единыхъ по природѣ, авторъ предѣляетъ, что личность, индивидуальность, я—есть сомочувствіе по отношенію къ внутренней средѣ собственнаго тѣла и сомочувствіе къ переѣнамъ окружающей внѣшней среды,—таково опредѣленіе съ субъективной стороны; съ объективной—личность есть дѣятельность всего организма по отношенію къ внутренней фізіологической и внѣшней физической средѣ,—дѣятельность, превращающаяся при посредствѣ нервно-мозгового аппарата въ феноменъ ощущенія и представленія. Отсюда психическая личность есть нашъ собственный организмъ съ прирожденными особенностями и свойствами его матеріальной структуры. Къ моментамъ, обособляющимъ личность авторъ относитъ темпераментъ и характеръ. Подъ первымъ онъ разумѣетъ проявленіе реакціи организма, проявленіе, ни чѣмъ не сдерживаемаго, нервно-психическаго рефлекса въ силу извѣстныхъ прирожденныхъ свойствъ, а подъ вторымъ онъ разумѣетъ то свойство организма, по которому тотъ же рефлексъ можетъ задерживаться и видоизмѣняться разсудочной дѣятельностью умозаключающаго аппарата, дѣятельностью привычныхъ и полученныхъ путемъ опыта представленій. На основаніи опытовъ ученыхъ надъ животными и наблюденій надъ поврежденіями черепа у людей, авторъ локализируетъ личность человѣка во всей мозговой корѣ. Рассматривая сомочувствіе и именно то, которое относится къ чувству нашего собственнаго тѣла, авторъ указываетъ, что оно можетъ служить субъективнымъ показателемъ благосостоянія и неблагосостоянія нашего организма и даже факторомъ его самосохраненія; качественно оно можетъ быть пріятнымъ и непріятнымъ, веселымъ и подавленнымъ; въ такихъ качественныхъ отгѣнкахъ оно можетъ быть извѣстной продолжительности и силы. Достигая извѣстнаго уровня сознанія, оно можетъ ассоціироваться съ представленіями и можетъ замедлять или ускорять ходъ послѣднихъ; въ свою очередь представленія, ассоціируясь съ сомочувствіемъ, могутъ ослаблять или уменьшать его. Такое сочетаніе само-

чувствія съ представленіями даетъ къ результатѣ картину такъ называемаго настроенія. За анатомическую основу нашего самочувствія авторъ принимаетъ такое или иное состояніе питанія мозговой коры; въ этомъ случаѣ онъ исходитъ изъ положенія Мейнерта, „что чувство есть выраженіе ощущенія питанія коры“. Выяснивъ значеніе ученія Мейнерта о настроеніи при патологическомъ организмѣ меланхоли и маніи, авторъ указываетъ на значеніе этого ученія по отношенію къ нормальной личности. Каждый индивидъ въ жизни своей, приспособляясь къ физической и общественной средѣ, можетъ встрѣтиться съ условіями благоприятными и неблагоприятными; отсюда является дисгармонія между личностію и окружающей средой; неблагоприятныя условія окружающей среды, дѣйствуя продолжительно и интенсивно, легко могутъ изъ нормальной личности сдѣлать патологическую. Такіе индивиды, заболѣванія которыхъ выражаются въ измѣненіи лишь настроенія въ связи съ измѣненіемъ поведения безъ перехода въ душевную болѣзнь, составляютъ вполне обособленную группу функціональных разстройствъ настроенія. Далѣе, онъ указываетъ, что наиболѣе отчетливо и ясно настроеніе установлено бываетъ у человѣка днемъ въ зависимости отъ увеличеннаго питанія коры, тахіум'а рабочей дѣятельности ея и тахіум'а проявленія сознанія; ночью бываетъ мініумъ сознательной работы и мініумъ настроенія. Въ теченіи дня съ утра настроеніе бываетъ лучше, чѣмъ вечеромъ; это зависитъ отъ того, что съ утра только начинаются питательныя притяженія, функціональныя гипереміи мозговой коры и къ вечеру они достигаютъ тахіум'а. Сосудодвигательный центръ—продолговатый мозгъ—дѣйствуетъ въ это время обратно. Къ ночи возбудимость мозговой коры ослабѣваетъ отъ скопившихся продуктовъ обратнаго обмѣна веществъ и въ результатѣ наступаетъ время сна. Кромѣ вліянія питанія и возбужденія коры на наше настроеніе, существуютъ еще и другіе фізіологическіе факторы, вліяющіе на настроеніе; къ нимъ относится возрастъ, наши влеченія, стремленія и разныя потребности. Для объясненія вліянія возраста, авторъ раздѣляетъ его на нѣсколько періодовъ. Дѣти въ возрастѣ до 7-ми лѣтъ включительно, съ своимъ переменчивымъ настроеніемъ, съ преобладаніемъ веселаго, пріятнаго, добраго оттѣнка, всегда веселы, улыбаются, прыгаютъ; ихъ неразлучные спутники смѣхъ, объятія, блестящіе глаза, поцѣлуи, гримасы и др.; онѣ представляютъ собою обще-

ство юныхъ не патологическихъ маніаковъ, пока не встрѣтятся суровыя условія въ общественной жизни и въ школѣ воспитанія. Физиологія дѣтскаго возраста вполне объясняетъ это. У нихъ артеріальные стволы сонныхъ и подключичныхъ артерій имѣютъ большій просвѣтъ и меньшее боковое давленіе; нервная и сосудистая система у нихъ возбудимѣе, пульсъ и дыханіе ускореннѣе, легочное кровообращеніе дѣятельнѣе; отсюда увеличенное поглощеніе кислорода и увеличенный обмѣнъ веществъ, повышенная температура, усиленные рефлексы и движенія; частыя колебанія настроенія между арпоё и дисрпоё рядомъ съ крайней возбудимостью сосудистой системы и ея неустойчивостью,—быстрое возрастаніе мозга,—наклонность къ разспросамъ, обильная болтовня, подъ вліяніемъ арпоё, указываютъ на преобладаніе игры случайныхъ побочныхъ ассоціацій надъ главными дирижирующими, которыя еще не сложились. Въ этомъ возрастѣ быстро выравниваются огорченія и обиды подъ вліяніемъ преобладанія арпоё. Время отъ 7 до 11 лѣтъ—періодъ смѣны зубовъ, а вмѣстѣ и перемѣны характера; отъ 7—15-ти лѣтъ увеличивается въ объемѣ сердце, безъ увеличенія сосудовъ; съ увеличеніемъ сердца и его дѣятельности происходитъ наростаніе нагнетательной силы сердца и повышеніе бокового давленія въ артеріяхъ и капиллярахъ; въ этомъ же періодѣ происходитъ развитіе или созрѣваніе въ области половой сферы; приэтомъ въ началѣ менструаціи сопровождаются грустью, мечтательностью и легкой раздражительностью; это объясняется неожиданностью, смущеніемъ и до нѣкоторой степени сочувственнымъ измѣненіемъ въ мозгу. Половое чувство относится къ ряду апноэтическихъ чувствъ: при немъ появляется гиперемія полового органа, набуханіе согрота cavernosa, повышеніе мышечнаго тона и проч.; словомъ является мѣстное арпоё, которое вызываетъ рефлекторнымъ образомъ арпоё мозговой коры, что выражается налитіемъ сосудовъ головы и проч.; въ возрастѣ отъ 15 до 20 лѣтъ ранняя болтовня переходитъ въ связныя логическія формы и нерѣдко въ осмысленное сочетаніе рифмъ; этия объясняются поэтическія наклонности юношей; но это не дѣйствительное дарованіе, а маніакальный пустоцвѣтъ, на почвѣ переходнаго состоянія. Самое различіе темпераментовъ — меланхолическаго, сангвиническаго, холерическаго и флегматическаго—въ этомъ возрастѣ обусловливается продолжительностью и силой диспноэтической и апноэтической реакціи коры и подкорковаго сосудодвигательнаго центра. Въ

зрѣломъ возрастѣ, отъ 20 до 50 лѣтъ включительно, основною пережѣнь настроенія личности служатъ ея потребности. Чѣмъ шире и разностороннѣ индивидуальность, тѣмъ больше потребности, а неудовлетвореніе ихъ производитъ интензивное диспноэтическое напряженіе нашего сознанія; напротивъ, удовлетвореніе ихъ вызываетъ довольство— апноэтическое напряженіе сознанія; послѣднее (довольство) выражается дробью, указывающей на отношеніе числа потребностей удовлетворенныхъ къ ихъ общему числу; чѣмъ болѣе дробь приближается къ единицѣ, тѣмъ мы болѣе испытываемъ довольства. Дробь нужно разсматривать какъ періодическую функцію, въ знаменателѣ которой располагаются потребности по ихъ убывающей фізіологической осязательности и возрастающему психическому и нравственному значенію. Въ ряду потребностей авторъ ставитъ тѣ, которыя удовлетворяютъ физической сторонѣ, такъ какъ съ ними неразрывно связана духовная или интеллектуальная сторона. Правильное удовлетвореніе одной вызываетъ нормальное отправленіе другой, ибо трудно представить себѣ существованіе одной безъ другой. Какъ неудовлетвореніе потребностей, такъ и столкновенія ихъ между собою могутъ быть источникомъ колебанія въ зрѣломъ возрастѣ. Чѣмъ выше и разностороннѣ индивидуальность,—тѣмъ больше потребностей. Старческій возрастъ отъ 60-ти лѣтъ и далѣе — характеризуется уменьшеніемъ объема сердца, пониженіемъ кровяного давленія, спаденіемъ капилляровъ, распространеніемъ атрофическаго процесса во всѣхъ органахъ и въ мозгу, увяданіемъ половой функціи, паденіемъ функціи легочной ткани, ослабленіемъ пищеварительной функціи,—тѣлесная и духовная впечатлительность угасаютъ. На основаніи апно- и диспноэтическихъ состояній мозговой коры устанавливаются мимика и поведеніе; мимика устанавливается подъ вліяніемъ пассивно протекающихъ состояній сознанія; поведеніе есть также мимика, но только заранѣе обдуманная и психически оформленная; она выражается въ формѣ сложныхъ движеній— поступковъ. Вся мимика, будетъ, по Мейнерту, мимика нападенія и мимика самозащиты. Мимика настроеній возникаетъ изъ пассивно и активно протекающихъ ассоціацій. Пріятныя ассоціаціи выражаются агрессивной мимикой, непріятныя защитительной. Поведеніе какъ и мимика бываетъ апноэтическое и диспноэтическое— поведеніе нападенія и поведеніе самозащиты. Актъ убійства есть нападеніе, актъ самоубійства— самозащита. Далѣе авторъ приводитъ группу болѣзней личности,



которыя ведутъ къ самоубійству, эмиграціи и др. приѣмамъ, устраненія личности отъ жизни; эти болѣзни настроенія характеризуются печальнымъ афектомъ и зависятъ отъ несоотвѣтствія между личностью и окружающей средой общественной и физической. Изъ несоотвѣтствія возникаетъ тягостное длительное нарушеніе самочувствія въ формѣ нравственнаго страданія или угнетенія. Такое измѣненіе настроенія, въ отличіе отъ душевныхъ заболѣваній, обусловливается вліяніемъ импульсовъ, исходящихъ изъ внѣшней среды, которые въ дальнѣйшемъ такъ или иначе измѣняютъ нашъ духовный міръ, наше настроеніе; между тѣмъ какъ въ области душевныхъ болѣзней дѣло начинается функціональнымъ или органическимъ разстройствомъ самаго центра душевной дѣятельности. Важнымъ отличительнымъ признакомъ при болѣзняхъ настроенія является то, что у такихъ лицъ существуетъ сознаніе о перемѣнѣ настроенія. Кромѣ болѣзней настроенія съ угнетеннымъ самочувствіемъ существуютъ и съ повышеннымъ; первыя носятъ названіе пессимистическихъ, вторыя — оптимистическихъ. Разсмотрѣвъ печальное и веселое настроеніе и ихъ зависимость отъ анатомофизиологическихъ перемѣнъ, авторъ приступаетъ теперь къ опредѣленію отношенія веселаго и печальнаго настроенія къ благосостоянію физическаго организма, самой личности, къ ея усовершенствованію и вырожденію. Другими словами, авторъ опредѣляетъ: а) какимъ образомъ физическое благосостояніе и неблагосостояніе мозговой коры относятся къ благосостоянію и неблагосостоянію остального организма и б) какимъ образомъ оно относится къ благосостоянію личности. Такое рѣшеніе устанавливаетъ вліяніе духа на тѣло и на самого себя посредствомъ тѣла. Изъ наблюденій оказывается, что печальное, мрачное настроеніе выражается пониженнымъ обіѣмомъ веществъ въ связи съ упадкомъ пульса, дыханія, температуры, недѣятельностью мышечнаго аппарата, исхуданіемъ и проч. У женщинъ прекращаются *menstrua*, пропадаетъ или дѣлается негоднымъ молоко, задерживается функція желѣзъ, является обильное отдѣленіе мочи, появленіе сахара и даже развитіе діабета, недостаточное отдѣленіе желчнаго сока отъ суженія капилляровъ оболочки, разстройство въ пищевареніи, диспепсія, со стороны кишечника — запоры, уменьшенное отдѣленіе желчи — отсюда желтуха, кожа становится дряблою и изсохшею; половая сфера подавлена, вслѣдствіе угнетенія психическихъ рефлексовъ на сосудистую систему полового органа. Изобразивъ картину явленій при пе-

чальномъ, мрачномъ настроеніи, авторъ далѣе представляетъ всѣ тѣ явленія, которыя сопровождаютъ веселое повышенное настроеніе. Здѣсь пульсъ и дыханіе ускорены, температура повышена, отдѣленія желудочнаго сока, печени, слюны и пота увеличены, что зависитъ отъ апноэтического состоянія мозговой коры; аппетитъ увеличенъ, питаніе усилено, дефекація обильнѣе; обмѣнъ веществъ ускоренъ; функція половой сферы повышена. Авторъ выражаетъ ту мысль, что самое зачатіе и утробная жизнь извѣстнаго индивида много зависятъ отъ обстоятельствъ и житейской обстановки этого времени; такъ напр. авторъ указываетъ, что мать Наполеона I „зачала и выносила своего сына среди случайностей войны и разоренія, во время самага губительнаго нашествія французовъ, поѣздокъ верхомъ въ горы, починныхъ нападеній и ружейныхъ выстрѣловъ“; такимъ образомъ на жизни Наполеона I выразилось вліяніе настроеній родителей въ періодъ зачатія и плодоношенія. Рассмотрѣвъ вліяніе настроенія на тѣлесную физическую сторону личности, въ дальнѣйшемъ авторъ хочетъ указать вліяніе его на внутреннюю нравственную сторону личности и на ея усовершенствованіе и вырожденіе. Печальное настроеніе наноситъ безусловно вредъ умственной дѣятельности личности; вслѣдствіе сосредоточенности на себѣ, личность дѣлается разсѣянной и отрицательной ко всему окружающему; все ея существо, ея внутреннее самочувствіе, ея умственный міръ—небольшой рядъ представленій, контурирующихъ самочувствіе; иногда обнаруживается крайняя анестезія, заносащая личность въ міръ душевно-больныхъ. Съ такимъ состояніемъ увеличеніе умственнаго горизонта ограничивается и даже останавливается, ходъ представленій замедляется и количество ихъ уменьшается. Самыя, остающіяся идеи, представленія имѣютъ опредѣленный качественный оттѣнокъ. Онѣ всегда гармонируютъ съ извѣстнымъ настроеніемъ. Онѣ однообразны, одноцвѣтны. Съ такимъ пониженіемъ и угасаніемъ умственной стороны запусѣваетъ и окончательно омертвѣваетъ и нравственная сторона. Такія картины появляются или вслѣдствіе наслѣдственнаго предрасположенія, или вслѣдствіе импульсивныхъ чувствъ и мыслей. Наслѣдственная передача совершается извѣстнымъ строемъ сосудистой системы; послѣднее мнѣніе основывается на слѣдующихъ двухъ положеніяхъ: „а) развитіемъ кровеносной системы опредѣляется ростъ и развитіе всего тѣла и отдѣльных его частей, но не наоборотъ, и б) передающіяся наслѣдственно тѣ или другія особенности

організаціи и отправленій болѣе или менѣе общаго характера стоять въ связи съ особенностями крови“. При наслѣдственной передачѣ въ поколѣніяхъ появляется картина печальнаго настроенія или въ полной своей формѣ, или въ видѣ отдѣльных признаковъ; при этомъ въ первомъ случаѣ она можетъ быть выражена или въ той же, или въ болѣе интензивной формѣ. Интензивно выраженная форма печальнаго настроенія влечетъ за собою наконецъ неудержимо рефлекторный актъ самозащиты — самоубійство. Цѣль самозащиты или самоубійства — прекращеніе душевнаго страданія, освобожденіе отъ его мучительной тяжести, нравственно физическая самозащита. Другими условіями благоприятными для проявленія нравственной самозащиты, у людей меланхолическаго характера, служатъ чисто анатомо-фізіологическія условія. Такимъ образомъ меланхолическіе темпераменты какъ бы самой природой выдвигаются на арену чело-вѣческой дѣятельности и борьбы съ неблагоприятными условіями въ области умственной, нравственной и физической, какъ болѣе устойчивые организмы. Для такого организма или личности хотя вредно и не выгодно переживаніе печальнаго чувства и борьбы съ препятствіями, однако, полезно и выгодно имѣть большіе и устойчивые кровеносные сосуды, обильно питающіе мозгъ. Не смотря на такое выгодное значеніе печальнаго настроенія въ дѣлѣ самозащиты, все таки выгоднѣе и полезнѣе отсутствіе угнетающихъ чувствъ и ограниченіе условій къ непрерывной борьбѣ, возвышающихъ до побѣды и низводящихъ къ полному паденію существа личности. Но, кромѣ мрачныхъ послѣдствій, печальныя чувства могутъ стать и факторомъ полезнымъ, гуманизирующимъ, возвышающимъ какъ самую личность, такъ и окружающую среду. Все это можетъ быть только въ томъ случаѣ, когда печаль, тоска и горе падаютъ на мощную и высоко культивированную натуру. — Настоящее сочиненіе автора является первымъ выпускомъ огромнаго труда, имѣющаго явиться въ шести выпускахъ. Предлежащій трудъ представляетъ отрадное явленіе въ нашей отечественной литературѣ. Нѣтъ слова, и въ немъ есть недостатки, но ихъ трудно указать до выхода въ свѣтъ хотя половины всего труда. Душевно желаемъ автору настойчиваго продолженія.

*И. И. Ковалевскій.*

\*

**Др. С. Н. Данилло и Л. В. Влуменау.** О вліянні гипнона на возбудимість мозгової кори. *Врачъ*, № 43-й, 1887 г.

Авторы произвели рядъ опытовъ надъ собаками и, на основаніи полученныхъ ими данныхъ, пришли къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Возбудимість мозговой корки падаетъ только отъ такихъ количествъ гипнона, при которыхъ наступаетъ не сонъ, а коматозное состояніе, при ослабленіи сердечной дѣятельности; 2) Хроническое употребленіе гипнона не даетъ кумулятивнаго дѣйствія, а скорѣе дѣлаетъ организмъ менѣе воспріимчивымъ къ вліянію повторныхъ приѣмовъ и 3) Данные опытовъ не согласуются съ клиническимъ приѣмнѣніемъ гипнона.

*И. Я. Платоновъ.*

**Др. И. Н. Вабаевъ-Вабалянъ.** Матеріалы къ вопросу о вліянніи гидроэлектрическихъ ваннъ на кожную чувствительность и на артеріальное кровяное давленіе у человѣка. 1887.

Авторъ въ своемъ почтенномъ трудѣ, коснувшись исторической стороны вопроса о гидроэлектрическихъ ваннахъ и подробно разобравъ литературныя данныя по этому вопросу, приводитъ рядъ собственныхъ изслѣдованій, произведенныхъ имъ съ цѣлію опредѣленія вліянія гидроэлектрическихъ ваннъ на чувство мѣста, фарадокожную и болевую чувствительность и артеріальное кровяное давленіе. На основаніи полученныхъ имъ данныхъ, авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: Относительно чувства мѣста: 1) Въ дипольныхъ фарадическихъ ваннахъ слабой и средней силы кожное чувство мѣста по большей части повышается; 2) Въ дипольной фарадической ваннѣ значительной силы регулярно получалось пониженіе чувства мѣста въ частяхъ, погруженныхъ въ ванну и повышеніе въ частяхъ, остававшихся внѣ воды; 3) Гальваническая дипольная ванна, приблизительно въ 40—50 милліамперовъ давала повышеніе чувства мѣста съ незначительнымъ пониженіемъ лишь въ частяхъ тѣла, близкихъ къ анодному электроду; 4) Въ монополярной гальванической катодной ваннѣ средней силы, хотя и не съ полнымъ постоянствомъ, получается повышеніе чувства мѣста—въ частяхъ же, находящихся подъ преимущественнымъ вліяніемъ анода, по большей части пониженіе; 5) Въ монополярной гальванической анодной ваннѣ получается въ частяхъ, погруженныхъ въ воду ванны, довольно постоянное пониженіе чувства мѣста и повышение въ мѣстахъ, находившихся въ соприкосновеніи съ катоднымъ электродомъ; 6) Обыкновенныя ванны изъ противу-

золотушнаго источника въ Абастуманѣ, при продолжительности ихъ 10—12' и  $t^0$  33,5° С.—34,5°, повышаютъ то-же чувство жѣста, но далеко меньше, чѣмъ это имѣется отъ фарадическихкихъ и гальваническихкихъ ваннъ средней силы. Относительно фарадокожной и болевой чувствительности: 1) Дипольная фарадическая ванна средней силы не-продолжительная повышаетъ воспримчивость къ минимальному ощущенію тока, тогда какъ къ болевому нѣсколько притупляетъ; 2) Дипольная фарадическая ванна значительной силы съ большимъ постоянствомъ производитъ общее пониженіе фарадокожной и болевой чувствительности; 3) Тоже самое пониженіе производитъ дипольная гальваническая ванна, при этомъ болевое ощущеніе послѣ ванны понижается больше, чѣмъ минимальное ощущеніе; 4) Въ гальванической катодной ваннѣ при средней силѣ (ближе къ слабой) получается повышение въ частяхъ, находящихся въ водѣ, и пониженіе—въ водѣ близъ анода; 5) Въ гальванической анодной ваннѣ въ большей части наблюдений наблюдалось пониженіе фарадокожной чувствительности въ частяхъ тѣла, находившихся въ ваннѣ, и повышение въ частяхъ, находившихся въ соприкосновеніи съ катодомъ ваннъ; 6) Индифферентной температуры ванны большею частью повышали слегка фарадокожную чувствительность, какъ минимальную, такъ и болевую. Относительно артеріальнаго кровяного давленія: 1) Фарадическія дипольныя ванны (при токѣ средней и отчасти значительной силы, продолжительности ванны 10—15') производятъ тоническое сокращеніе периферическихкихъ сосудовъ кожи и усиленіе бокового артеріальнаго давленія, выражающіяся: уменьшеніемъ восходящаго колѣна кривой пульса, округленіемъ (или плоскостью) острой верхушки ея, уменьшеніемъ на нисходящемъ колѣнѣ возвратной волны и поднятіемъ кверху такъ называемыхъ пластическихкихъ колебаній. Прямое измѣреніе бокового давленія лучевой артеріи до и послѣ ванны показываетъ, дѣйствительно, весьма замѣтное повышение кровяного давленія, которое при этомъ, послѣ краткаго первоначальнаго повышения его, сопровождается, почти безъ исключенія, рѣзкимъ замедленіемъ пульса. Число дыханій въ минуту во многихъ случаяхъ, послѣ нѣкотораго учащенія, тоже уменьшается; зато глубина дыханія и вообще дыхательныя экскурсіи грудного ящика увеличиваются; 2) Повышеніе кровяного давленія, подъ вліяніемъ дипольныхъ фарадическихкихъ ваннъ, продолжается довольно долго ( $\frac{1}{2}$ —2 час.) и послѣ

ванны, при сравнительно скорѣйшемъ поднятіи амплитуды (восходящаго колѣна) и появленіи даже не большой возвратной волны на нисходящемъ колѣнѣ; 3) Дѣйствіе гальванической катодной ванны на кровяное давленіе въ общемъ аналогично дѣйствію фарадической дипольярной, иногда даже съ большимъ замедленіемъ сокращеній сердца, но съ меньшимъ вліяніемъ на дыхательный ритмъ; 4) Гальваническая анодная ванна, повидимому, не даетъ стуженія периферическихъ сосудовъ: во многихъ случаяхъ амплитуды кривыхъ пульса съ перваго же раза повышаются; мало ступивается волна въ нисходящемъ колѣнѣ кривой. Тѣмъ не менѣе сфигмонометръ показываетъ повышеніе артеріальнаго давленія. Вліяніе на дыханіе не большое. 5) Индифферентная ванна ( $t.^{\circ} 33,5^{\circ}$ — $34,5^{\circ}$ ) безъ электрическаго тока въ ней, оказываетъ мало вліянія на боковое кровяное давленіе; 6) Общая фарадизація и гальванизація безъ посредства ванны, по дѣйствію своему на кровяное давленіе, совершенно аналогичны дипольярнымъ фарадическимъ и гальваническимъ ваннамъ, даже съ болѣе рѣзкимъ эффектомъ на сосудистую систему. Касаясь терапевтическаго дѣйствія гидроэлектрическихъ ваннъ, авторъ между прочимъ замѣчаетъ, что ваннами этими онъ съ успѣхомъ пользовалъ больныхъ нейрастеніей, истеріей, ипохондріей, спинальнымъ раздраженіемъ, хроническимъ міэлитомъ, нейритомъ и ревматизмомъ.

*И. Я. Платоновъ.*

**Д-р. И. Рождественскій.** О локализація слуховыхъ ощущеній.

Въ первыхъ строкахъ своего труда авторъ указываетъ, на то что органу слуха приписываютъ очень несовершенную способность локализовать звуковыя впечатлѣнія. По Вундту, органъ слуха опредѣляетъ пространственное отношеніе только при участіи другихъ органовъ чувствъ — осязанія и зрѣнія; по другимъ (Негман, Бони, Бэнъ, Маш и др.) пространственное отношеніе опредѣляется по силѣ звука, при чемъ звукъ болѣе сильный кажется ближе, звукъ слабый — дальше; направленіе звука опредѣляется по повороту головы въ сторону звука, при чемъ берется во вниманіе мышечное усиленіе мускуловъ шеи и уголъ поворота головы, по которымъ судятъ объ углѣ, подъ которымъ слышится звукъ. Съ этими положеніями авторъ не соглашается и говоритъ, что ночью въ темнотѣ и при игрѣ въ прятки мы ясно различаемъ, гдѣ находится шорохъ, или спрятавшійся человекъ. Наименьшій уголъ, при которомъ локализируются мѣста двухъ звуковъ — разныхъ по тембру и равныхъ по силѣ  $= 0,5$  —  $0,3$  град., — такой уголъ для зву-

ковъ впереди насъ въ одной горизонтальной плоскости; для звуковъ сзади—1 градусъ, сбоку и надъ головой онъ значительно увеличивается—10 град. Локализація двухъ звуковъ, равныхъ по тембру, высотѣ и силѣ, подчиняется вышеуказаннымъ законамъ, но здѣсь два звука субъективируются какъ одинъ; такъ, случай субъективирования звуковъ указанъ проф. Тархановымъ. Это положеніе проф. Тарханова — послужило автору темой для его работы и основой всѣхъ выводовъ его наблюденій. Но д-ръ Рождественскій видоизмѣнилъ аппаратъ, употребляемый для изслѣдованія и получилъ другіе результаты. Онъ укрѣплялъ телефоны на отдѣльныхъ стойкахъ, чтобы видоизмѣнить силу звуковъ телефоновъ и раздвигать ихъ на болѣе замѣтныя разстоянія; эти телефоны онъ ставилъ въ различныхъ направленіяхъ къ испытующему—впереди его, сзади, внизу уха и вверху. Замыкатель тока онъ помѣщалъ возлѣ испытующаго, такъ что послѣдній могъ заставлятъ звучать телефоны во всякое время; для опытовъ брался постоянный и прерывистый токъ. Удерживая телефоны на одинаковомъ разстояніи—на 2 метра впереди отъ срединной плоскости головы (проходящей чрезъ сагитальный разрѣзъ головы) и передвигая ихъ то къ переди, то къзади, замѣчено, что одиночный звукъ проэцировался впереди, когда телефоны находились впереди, къзади, когда телефоны находились сзади; при передвиженіи телефоновъ спереди назадъ и звукъ постепенно перемѣщался; когда телефоны были въ слуховой оси—звукъ проэцировался иногда въ затылкѣ. Въ этихъ случаяхъ телефоны помѣщались на горизонтальной слуховой плоскости, проходящей чрезъ слуховые проходы въ горизонтальномъ направленіи; если телефоны симметрично приподнять кверху или опустить ниже горизонтальной слуховой плоскости, то и звукъ телефоновъ, симметрично расположенныхъ отъ срединной плоскости головы, сливаясь въ одинъ звукъ, будетъ слышенъ вверху или внизу; когда впереди срединной плоскости телефоны опускались книзу, то звукъ получался въ шеѣ, груди, животѣ. Такое проэцированіе впереди находящагося звука въ срединную плоскость и воспріятіе одного звукового образа отъ двухъ одинаково звучащихъ телефоновъ зависитъ отъ одинаковаго направленія силы и тѣмбра звуковъ. Если, при симметричномъ расположеніи телефоновъ относительно срединной плоскости, одинъ телефонъ — правый, будетъ имѣть болѣе сильный звукъ, то звукъ будетъ слышенъ съ правой стороны отъ срединной плоскости и притомъ подъ угломъ меньшимъ

относительно срединной плоскости, чѣмъ въ томъ случаѣ, если-бы звучалъ одинъ правый телефонъ; уголъ тѣмъ болѣе, чѣмъ сильнѣе звучитъ правый телефонъ, и тѣмъ менѣе, чѣмъ, сильнѣе лѣвый. При этомъ замѣчено, что, при посредственномъ усиленіи лѣваго телефона, уголъ праваго постепенно уменьшается, такъ что въ концѣ концовъ направленіе звукового образа соотвѣтствуетъ какъ-бы діагонали силъ впечатлѣній отъ звуковъ телефоновъ. Тотъ-же результатъ получится, если усилимъ звукъ лѣваго телефона, или, при извѣстномъ расположеніи верхняго или нижняго, звукъ проэцируется подъ угломъ около  $40^{\circ}$  къ срединной плоскости, если одинъ телефонъ на метръ спереди головы, а другой сбоку праваго уха. Одинъ звукъ отъ двухъ, симметрически расположенныхъ телефоновъ будетъ слышенъ спереди или сзади, когда одинъ телефонъ находится впереди, а другой сзади и при томъ въ сторону болѣе сильнаго звука; тоже относится и къ расположенію телефоновъ со стороны праваго и лѣваго уха. Въ случаѣ расположенія телефоновъ въ такомъ видѣ когда звукъ проэцируется въ голову, сліянія впечатлѣній отъ двухъ телефоновъ не получится, если въ одномъ изъ телефоновъ измѣнить направленіе тока; это потому, что въ такомъ телефонѣ звукъ измѣняется въ силѣ и тѣмбрѣ.—Опредѣленіе направленія звуковыхъ пучковъ отъ одного звучащаго тѣла устанавливается по тѣмъ же законамъ, какъ звуковые пучки отъ двухъ телефоновъ, т. е. по діагонали силъ впечатлѣній въ правомъ и лѣвомъ ухѣ. Въ своихъ опытахъ и наблюденіяхъ надъ здоровыми и болѣзненными ушами авторъ вывелъ, что главная роль въ проэцированіи звука принадлежитъ барабанной перепонкѣ и *tensori tympani*. Барабанная перепонка играетъ существенную роль въ локализациі слуховыхъ ощущеній; нормальная перепонка — *conditio sine qua non* — проэцируетъ звуки въ пространствѣ. Для выполненія такой роли въ перепонкѣ необходимо правильное наденіе звуковыхъ лучей на нее, при чемъ нормальный ходъ лучей, обуславливается опредѣленною формою раковины и наружнаго слухового прохода. Главнымъ мѣстомъ перепонки, гдѣ устанавливается звуковой фокусъ, передне — нижній сегментъ. Для опредѣленія направленія звука въ пространствѣ необходимы, подвижность перепонки и нормальная дѣятельность *m. tensoris tympani*; при контрактурѣ или расслабленіи *tensoris tympani*, а слѣдовательно неправильной подвижности перепонки, опредѣленіе направленія звука и даже его объективированіе невозможны.



Авторъ, путемъ опыта надъ людьми, опредѣлилъ періодъ времени для локализациі звука спереди, сзади и сбоку. При этомъ найдено, что для локализациі звука вправо или влѣво требуется около 0,04, а для локализациі кзади или кпереди 0,08 сек. Изъ цифровыхъ данныхъ видно, что для локализациі вправо или влѣво требовалось меньшее время, чѣмъ для локализациі кзади или кпереди. Локализациа звука въ передне-заднемъ направленіи производится дѣятельностью *tensoris tympani*, а вправо-лѣвымъ направленіи разницею впечатлѣній въ обоихъ ушахъ; такимъ образомъ мы имѣемъ въ горизонтальной плоскости 2 фактора; это важно въ томъ отношеніи, что, при разстройствѣ одного, можно пользоваться и компенсировать другимъ факторомъ; отсюда понятно то явленіе, когда субъектъ, при притупленіи слуха въ одномъ ухѣ, вѣрно опредѣляетъ направленіе звука, прибѣгая къ участию барабанной перепонки, хотя онъ долженъ былъ бы отнести звукъ въ сторону здороваго уха. Этимъ же обстоятельствомъ выясняется и то, что оглохшій на одно ухо правильно ориентуруется при проэцированіи звука въ голову въ опытѣ съ 2-мя телефонами. Далѣе авторъ говоритъ о субъективированіи звуковъ; субъективированіе состоитъ въ томъ, что нѣкоторые изъ переднихъ и боковыхъ звуковъ проэцируются въ голову. Въ виду того обстоятельства, что *m. tensor tympani* не можетъ долго находиться въ тетаническомъ сокращеніи, авторъ приходитъ къ заключенію, что звукъ, при долгомъ слушаніи, кажется намъ колеблющимся въ силѣ: сильнѣе звукъ будетъ при расслабленной перепонкѣ, слабѣе при втягиваніи ея. Это объясняется тѣмъ, что, при расслабленіи, перепонка стоитъ въ болѣе выгодныхъ условіяхъ, чѣмъ при втягиваніи; въ послѣднемъ случаѣ уголъ паденія на нее фокусной оси звукового пучка переходитъ изъ прямого въ болѣе острый, — отчего ощущеніе звука слабѣе. Волнистость звука при слушаніи корманныхъ часовъ выражалась такъ: въ началѣ бой часовъ былъ сильнѣе, а далѣе слабѣе. Разные индивиды насчитываютъ при этомъ въ минуту различное число волнъ — 50, 32, 40, 68; это получено при совершенно одинаковыхъ условіяхъ: въ одной и той же комнатѣ и на одномъ и томъ же мѣстѣ, независимо отъ интерференціи въ наружномъ слуховомъ проходѣ и среднемъ ухѣ и отъ пульсовыхъ волнъ. Эта волнистость звука обуславливается измѣненіемъ положенія перепонки къ фокусной оси звукового пучка въ связи съ сокращеніемъ *tensoris tympani*; сокращенія эти происходятъ отъ того, что мы, желая убѣдиться въ

направленіи звука, время отъ времени повторяемъ актъ локализованія. Кромѣ того замѣчено, что волнистость боя 2-хъ часовъ, расположенныхъ впереди или позади насъ, совпадаетъ, — напротивъ, когда мы расположимъ одни часы впереди, а другіе сзади, то фазы ихъ волнистости не совпадаютъ, такъ какъ усиленіе звука переднихъ часовъ совпадаетъ съ ослабленіемъ звука заднихъ. Колебанія въ силѣ постоянного звука бываютъ различны въ зависимости отъ того, гдѣ помѣщается звучащій предметъ; колебанія относятся какъ къ силѣ, такъ и къ отдѣльной волнѣ звука. На основаніи только что приведенныхъ данныхъ можно составить понятіе о сущности процесса локализациі (при прислушиваніи) впечатлѣній относительно крайняго верхняго, крайняго нижняго, передняго и задняго звуковъ; извѣстно, что передній звукъ дѣлается болѣе яснымъ при прислушиваніи: слѣдовательно въ данномъ случаѣ должно произойти сокращеніе *tensoris tympani* и втягиваніе перепонки такое, чтобы послѣднее установилось въ передне-заднемъ сегментѣ въ наивыгоднѣйшее отношеніе къ оси прохода, т. е. въ положеніе, приближающееся къ перпендикулярному; а фокусная ось перепонки должна быть паралельна къ оси прохода или подъ незначительнымъ острымъ угломъ. Задній звукъ бываетъ всего лучше слышенъ, когда къ нему не прислушиваются; слѣдовательно, наивыгоднѣйшее положеніе перепонки — когда она разслаблена, а наивыгоднѣйшее положеніе оси звука, когда она находится къ оси прохода подъ угломъ 45 гр. Наилучшее слышаніе звуковъ въ передне-заднемъ сегментѣ среднихъ между крайними — переднемъ и заднемъ — будетъ тогда, когда углы осей звуковыхъ пучковъ бываютъ средними между углами осей крайнихъ звуковъ, а барабанная перепонка бываетъ въ среднихъ степеняхъ втянутости; фокусная ось звуковъ, идущихъ по другимъ направленіямъ, сверху и снизу, находится, въ 1-омъ случаѣ подъ наибольшимъ угломъ къ оси слухового прохода, а во 2-омъ подъ наименьшимъ или паралельнымъ къ оси слухового прохода. Физиологическая сторона процесса локализациі также вытекаетъ изъ предъидущаго. Чтобы наилучше слышать звукъ при прислушиваніи, мы употребляемъ извѣстное мышечное усиліе *m. tensoris tympani* и чрезъ это ставимъ перепонку въ наивыгоднѣйшее положеніе относительно фокуса даннаго звука; по количеству затраченнаго усилія мускула и по величинѣ необходимаго прислушиванія мы судимъ объ углѣ, образуемомъ фокусной осью къ

звуковому полю, а виѣстъ и объ углѣ, подѣ которыми слышится звукъ во виѣшнемъ пространствѣ. Звуки передне-задняго сигмента отъ звуковъ вертикальной плоскости мы различаемъ по измѣненію силы ощущенія при употребленіи всего количества прислушиванія. Тогда какъ при употребленіи всего прислушиванія къ переднему и заднему звуку получается усиленіе или ослабленіе звука болѣе, чѣмъ въ 10 разъ, ощущенія звука верхняго и нижняго такого измѣненія не представляютъ. Эта особенность зависитъ отъ разницы синусовъ угловъ, подѣ которыми находится звуковое поле при крайнихъ степеняхъ втягиванія перепонки къ оси прохода въ плоскостяхъ фокусовъ горизонтальнаго и вертикальнаго звуковъ. Когда прислушиваемся къ звуку въ плоскости средней между горизонтальной и вертикальной, то, при употребленіи всего прислушиванія, мы опредѣляемъ среднее колебаніе силы ощущенія между колебаніями, наблюдаемыми для звуковъ горизонтальныхъ и вертикальныхъ и по степени колебанія находимъ среднюю плоскость между вертикальной и горизонтальной плоскостями слухового поля; по величинѣ же наибольшаго прислушиванія, мы опредѣляемъ уголъ этой средней плоскости и направленіе звука. На основаніи того важнаго значенія какое имѣетъ *m. tensoris tympani* въ дѣлѣ локализациі слуховыхъ ощущеній, и опредѣленія направленія звука, авторъ видитъ аналогію въ дѣятельности *tensoris tympani* съ дѣятельностію *m. ciliaris* въ глазахъ; какъ 1-ый принаровляетъ звуковой аппаратъ къ полученію наибольшаго ощущенія, такъ 2-ой принаровливаетъ среды глаза къ наилучшему воспріятію свѣтовыхъ лучей. Виѣстъ съ аналогіей есть и разница въ дѣятельности этихъ 2-хъ мускуловъ: *m. ciliaris* въ состояніи аккомодациі остается все время при разсматриваніи предмета, а *tensor tympani* сокращается только при опредѣленіи положенія звука; при опредѣленіи высоты и тембра онъ не участвуетъ; самая дѣятельность въ *tensoris tympani* сложнѣе, такъ какъ онъ доставляетъ данныя для опредѣленія направленія звука въ 2-хъ плоскостяхъ съ одной стороны, а съ другой—его сокращеніе до *maximum* для наилучшаго слышанія даютъ возможность судить по этимъ сокращеніямъ обо всемъ эффектѣ въ силѣ ощущенія. *Tensor tympani* легко утомляется при своей дѣятельности, такъ звуки, положимъ, передніе, которые слышны на разстояніи трехъ саженой черезъ 10 мн. едва замѣтны на разстояніи  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  арш. Такую разницу въ разстояніяхъ, при утомляемости *tensoris tympani*,

авторъ объясняетъ тѣмъ, что на самой перепонкѣ лежатъ не звуковые фокусы, а пучки звуковыхъ фокусовъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ этого не могло получиться.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ръ Пекёръ**, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно вызваннаго малокровія. 1887.

Лѣтъ сто назадъ Monro и соннъ др. Англійскихъ ученыхъ, Abercrombie, Rellie, Wathson и пр., утверждали, что количество крови въ сосудахъ черепной полости, пока черепъ цѣлъ, неизмѣнно; такъ бываетъ въ здоровомъ и больномъ организмѣ, при жизни и послѣ его смерти; тоже сохраняется и при обезглавливаніи животныхъ. Такое ученіе поддерживали и многіе изъ нѣмецкихъ ученыхъ: Dietl, Engel, Bergmann и др., до 40 годовъ настоящаго столѣтія. Эти положенія опирались на томъ, что черепъ представляетъ неупругій ящикъ съ несжимаемымъ содержимымъ. На ряду съ такимъ ученіемъ существовало и другое, радикально противоположное, которое, по указанію автора, ведетъ начало отъ Плинія. По этому ученію въ черепной полости, какъ и въ другихъ органахъ, возможны колебанія какъ относительнаго количества крови въ сосудахъ, такъ и абсолютнаго. Это положеніе не замедлило подтвердиться и на опытахъ: Buggows отравлялъ кроликовъ синильной кислотой, и когда сердце продолжало еще биться, онъ подвѣшивалъ ихъ, одного за уши, другого за ноги; черезъ 24 часа получалъ: у перваго мозгъ и оболочки блѣдны, сосуды и синусы пусты, у 2-го мозгъ гиперемированъ, синусы и менингеальные сосуды переполнены. Справедливость данныхъ результатовъ заподозрѣвали, такъ какъ изслѣдованіе производилось послѣ смерти. Этотъ недостатокъ вскорѣ былъ устраненъ изслѣдованіями Kussmaul'я по принципу Дондерса. Kussmaul производилъ трепанацію черепа и накладывалъ лигатуру на сонныя и позвоночныя артеріи. Трепанированное мѣсто въ черепѣ или герметически закупоривалось стекломъ, или оставалось открытымъ. При этихъ условіяхъ онъ наблюдалъ на живомъ организмѣ измѣненія въ полости черепа. Опытъ показалъ, что за прижатіемъ артерій мозгъ блѣднѣлъ, мелкія вены дѣлались незамѣтны, большія уменьшались на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  первоначальнаго просвѣта, продольный синусъ суживался. Если при наложеніи лигатуры, закрывались ноздри животнаго, то мозгъ и вены набухали, а при наступленіи судорги, мозговое вещество болѣе выпячи-

залось въ отверстіе. При снятіи лигатуры, мозгъ окрашивается въ ярко красный цвѣтъ, артеріальные и венозные сосуды ярко обрисовываются и мозгъ набухаетъ. Рѣзкія измѣненія въ сосудахъ мозга, по Schultz'у,—анемія и гиперемія—наступаютъ при одновременномъ наложеніи лигатуры на сонныя и позвоночныя артеріи. Не меньшее разпогласіе представлялъ и другой вопросъ, вопросъ о возможности движенія головного мозга въ черепной полости. Противники возможности движенія мозга говорили, что мозгъ совершенно выполняетъ черепъ, что это дѣло физически невозможно, такъ какъ для этого необходимо атмосферное давленіе и проч. и проч.; Donders и Berlin, какъ наиболѣе талантливые сторонники этого направленія, не задумались подтвердить таковое положеніе путемъ опыта; при опытѣ они трепанировали черепъ и герметически закрывали отверстіе стекломъ; при этомъ производили искусственное измѣненіе давленія—посредствомъ закрытія рта и носа; въ этихъ опытахъ они никогда не получали видимыхъ движеній мозга. Такому ученію пришлось существовать недолго. Довольно рано начало появляться ученіе совершенно противоположное; послѣднее начало развиваться съ конца 17-го и начала 18-го столѣтія, а установилось на болѣе твердыхъ анатомическихъ началахъ въ настоящемъ столѣтіи. Въ основѣ этихъ теорій лежитъ фактъ перемѣщенія цереброспинальной жидкости изъ черепной полости въ спинную, при посредствѣ foramen occipitale magnum; черепная полость, по Richet, есть полость съ несжимаемыми стѣнками; она имѣетъ лишь одно отверстіе foramen occipitale magnum съ широкимъ поперечникомъ; напротивъ, стѣнки позвоночной полости прерываются межпозвоночными отверстіями съ находящимися въ нихъ нервами; dura spinalis одѣваетъ воронкообразными рыхлыми влагалищами отдѣльные спинные нервы, выходящіе изъ позвоночной полости; позвоночная полость находится въ тѣсной связи съ этими влагалищами: пространство между костными стѣнками позвоночной полости и dura mater выполнено мягкимъ полужидкимъ жиромъ, сообщающимся съ таковой же тканью снаружи позвоночника; такимъ образомъ полость позвоночника имѣетъ тѣсную связь съ окружающими ею наружными частями. Всѣ только что указанныя анатомическія данныя позвоночной полости дѣлаютъ ее весьма способной для воспріятія большого количества жидкости и возможно скорого выдѣленія ея въ окружающія части; послѣднему весьма много помогаетъ то обстоятельство, что венныя сплетенія позвоноч-

ной полости находятся въ тѣсной связи съ *v. azugos* и брюшными венами, при посредствѣ которыхъ онѣ могутъ быстро наполняться и опоражняться. Наполненіе кровью и количественный составъ крови въ черепной и позвоночной полостяхъ подѣ влияніемъ сердечной дѣятельности и дыхательныхъ экскурсій также рознятся: при каждой систолѣ сердца въ полость черепа поступаетъ значительное количество крови, при чемъ нервные центры наполняются кровью, увеличиваются въ объемѣ и прижимаются къ стѣнкамъ черепной полости, въ это самое время въ позвоночную полость поступаетъ лишь нѣсколько граммъ ея и самъ спинной мозгъ не увеличивается въ объемѣ; въ черепной полости выдыханіе замедляетъ или на мгновеніе останавливаетъ венное кровообращеніе, вслѣдствіе обратной волны въ *v. jugular. int.*,—вдыханіе-же ускоряетъ его; въ полости позвоночника наоборотъ—циркуляція въ венныхъ сплетеніяхъ замедляется, вслѣдствіе того, что діафрагма опускается, сжимаетъ брюшныя внутренности и затрудняетъ оттокъ венной крови, при выдыханіи скорость кровообращенія увеличивается (Richet). Отъ такихъ анатомо-физиологическихъ условій зависитъ, по Richet, антагонизмъ между двумя полостями и этимъ объясняются движенія мозга и внутричерепное кровообращеніе. Для доказательства своего положенія Richet произвелъ опытъ: онъ трепанировалъ черепъ, вставлялъ въ отверстіе стеклянную трубку съ краномъ, наполнялъ ее водой и при этомъ наблюдалъ при помощи рычага, плавающего въ водѣ, что, при систолѣ сердца и при экспираціи, поверхность мозга подымается и прижимается къ стѣнкамъ черепа, тогда какъ при *diastole* и инспираціи удаляется отъ нихъ. Эти движенія обуславливаются тѣмъ, что, во время *systole* и экспираціи, церебральная жидкость перемѣщалась въ полость позвоночника взаимѣнъ крови, притекшей въ черепъ. Другіе—Carppe—высказывались, что движенія или перемѣщенія мозга зависятъ отъ колебаній крови въ разныхъ отдѣлахъ кровеносной системы въ полости черепа; при чемъ въ артеріяхъ и капиллярныхъ сосудахъ крови содержится менѣе, а въ венахъ *pius* ее содержится болѣе. На основаніи положенія Carppe, Mosso высказалъ, что венная кровь должна течь подѣ большимъ давленіемъ. Это онъ подтвердилъ опытомъ надѣ хлороформированными животными; давленіе измѣрялось при помощи дифференціального манометра, одно колѣно котораго онъ вставлялъ въ *v. cruralis*, а другое въ *sinus longitudinalis*; при этомъ онъ находилъ разницу давленія въ этихъ двухъ

мѣстахъ при глубокомъ наркозѣ въ 1 снѣм., по мѣрѣ же пробужденія отъ наркоза 6 снѣм.; рядомъ съ этимъ наблюдались ритмическія колебанія столба ртути, изохроничныя съ сердечной систолой. При изслѣдованіи кривыхъ продольнаго синуса и *a. carotis*, онъ нашелъ, что венная внутричерепная кровь находится въ постоянномъ пульсаторномъ движеніи и кривая при этомъ обнаруживаетъ такія-же респираторныя колебанія, какія встрѣчаются во всѣхъ артеріяхъ тѣла. Этотъ процессъ мозговой циркуляціи считался важнымъ обстоятельствомъ для появленій движеній мозга. Такіе выводы относительно циркуляціи поддерживаютъ патологія нервной системы и опытная психологія. Онъ указываетъ, что дѣятельное состояніе мозга всегда сопровождается обильнымъ приливомъ крови; что одна часть функціональной дѣятельности мозговой коры завѣдуетъ субъкортикальными сосудодвигательными центрами. Далѣе приводятся нѣкоторыя положенія Мейнерта, что разныя настроенія, аффекты, такая или иная энергія умственной дѣятельности, чувство психической боли, агрессивныя движенія и пр. зависятъ отъ колебаній циркуляціи крови въ мозгу; здѣсь указывается на значеніе *арноѳ* и *диспноѳ*. *Mozso* опытами показалъ, что самостоятельныя внутреннія возбужденія въ сферѣ мозговой коры — аффекты, душевныя настроенія, равно какъ и искусственно вызванныя душевныя движенія сопровождаются повышеніемъ мозговыхъ пульсацій и увеличеніемъ объема мозга; высота пульсацій и мозгового объема остаются повышенными въ теченіе всего мыслительнаго процесса, причемъ наибольшей высоты онѣ достигаютъ въ началѣ и особенно въ концѣ умственной операціи. Крафтъ-Эбингъ въ своихъ трактатахъ проводитъ мысль, что современному поколѣнію недостаетъ здоровой крови, такъ какъ цивилизація создаетъ вредныя неестественныя условія для жизни; „сигнатура нашего вѣка, говоритъ онъ, есть анемія и слабость нервовъ“. *Anjel* говоритъ, что у людей истощенныхъ и нейрастениковъ сосуды вялы, дряблы, — слабо и вяло реагируютъ на раздраженіе. — Далѣе въ своемъ трудѣ д-ръ Пекеръ представляетъ историческій обзоръ операцій перевязки общихъ сонныхъ и позвоночныхъ артерій; въ этомъ обзорѣ онъ указываетъ на болѣе рѣзкія измѣненія, при перевязкѣ вѣнечныхъ артерій, чѣмъ сонныхъ; перевязка *tr. anopuntus* вмѣстѣ съ *a. subclavia sup.* и перевязка 2-хъ сонныхъ и двухъ позвоночныхъ артерій смертельны. Въ своихъ опытахъ, произведенныхъ надъ 12-ю кроликами и 10-ю собаками, онъ накладывалъ лигатуры на

одинъ или нѣсколько сосудовъ сразу, или чрезъ нѣкоторые промежутки. Главнымъ обстоятельствомъ, послужившимъ поводомъ къ работамъ Пекёра, было разногласіе относительно различныхъ функціональных мозговыхъ разстройствъ и разстройствъ нервныхъ элементовъ въ мозгу. Одни приводили такія разстройства въ связь съ воспалительными процессами, а другіе въ связь съ дегенераціей; долгое время послѣдняя не находила для себя объясненій съ патологоанатомической точки зрѣнія. Впрочемъ къ этому времени стали появляться труды, въ которыхъ эти измѣненія объяснялись разстройствомъ мозговой циркуляціи, нарушеніемъ нормальнаго питанія. Въ числѣ другихъ появились патологоанатомическія изслѣдованія, произведенныя въ С.-Петербургской Медицинской Академіи; въ нихъ доказывалось несомнѣнное вредное вліяніе на нервные центры различныхъ вредныхъ агентовъ—инфекціонныхъ, токсическихъ, голоданія и др.; при чемъ было указано, что всѣ эти вредные агенты производятъ аналогичныя измѣненія какъ въ элементахъ нервной ткани, такъ и въ другихъ тканяхъ напр. желѣзистой. Въ кабинетѣ проф. Н. П. Ивановскаго, напр., было доказано, что измѣненіе крови (при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ) въ первой степени отражается на нервной системѣ. Результаты своихъ опытныхъ изслѣдованій надъ кроликами и собаками авторъ излагаетъ въ двухъ отдѣлахъ: 1-й, отдѣлъ экспериментальный, касается измѣненій на секціонномъ столѣ—макроскопическое изслѣдованіе; 2-й—болѣе тонкихъ строеній, доступныхъ микроскопическому наблюденію—гистологическое изслѣдованіе. Въ 1-мъ отдѣлѣ онъ указываетъ на измѣненія при перевязкѣ 2-хъ сонныхъ артерій, или 2-хъ сонныхъ и одной позвоночной, или tr. anopuntі и проч. Измѣненія обнаруживаются въ черепныхъ костяхъ, въ *duploë*, въ сосудахъ твердой и мягкой оболочекъ и мозга, въ количествѣ ихъ содержимаго—вены и синусы переполнены; артеріи, служація продолженіемъ перевязанныхъ сосудовъ, спадаются и крови содержатъ мало; продолженія артерій непорезанныхъ компенсаторно расширены, но малокровны. Конфигурація мозга неизмѣнена; извилины правильны; вѣсъ праваго полушарія болѣе лѣваго. Мягкая оболочка блѣдна, отдѣляется легко; ткань мозга крайне малокровна, блѣдна, молочнаго цвѣта; сѣрое вещество блѣднѣе нормальнаго, истончено; отъ бѣлаго вещества явственно отличается, мѣстами имѣетъ блѣдно-желтоватый цвѣтъ; бѣлое вещество блѣдное, на разрѣзахъ не имѣетъ кровяныхъ точекъ;



консистенція ткани мозга не уменьшена, даже повышена; полости желудочковъ содержатъ незначительное количество жидкости, эпендима ихъ гладка и блестяща. Въ легкихъ въ это время замѣтна рѣзко выраженная застойная гиперемія. Части сосудовъ, выше и ниже лежащія отъ лигатуры, тромбированы фибринозными и кровяными сгустками; въ острыхъ случаяхъ тромбы красны и мягки, въ хроническихъ плотны и бѣловаты. При перевязкѣ двухъ и даже трехъ сосудовъ коллатеральное кровообращеніе возстановлялось; сосуды *Circulus Willisii* оставались проходими; діаметры неперевязанныхъ сосудовъ компенсаторно расширяются. Послѣ всего вышеизложеннаго начинается 2-й отдѣлъ—чисто логическаго и микроскопическаго изслѣдованія. Этотъ отдѣлъ авторъ начинаетъ описаніемъ картины ишемическихъ измѣненій мозга путемъ микроскопическаго изслѣдованія при перевязкѣ *tr. anopuntі*. Прежде всего слѣдуетъ описаніе форменныхъ элементовъ нейроглии поверхностныхъ слоевъ сѣрой мозговой корки. Здѣсь элементы являются большими, имѣютъ многоугольную неправильную форму, изъ угловъ ихъ тѣлъ выходятъ отростки; какъ тѣла клѣтокъ, такъ и ядра окрашиваются карминомъ и гематоксилиномъ; клѣтки нейроглии окрашиваются менѣе рѣзко, чѣмъ ихъ ядра; клѣтки слоевъ нижележащихъ и бѣлаго вещества болѣе мелки, мало окрашиваются; круглыя ядра ихъ рѣзко окрашиваются. Гангліозныя клѣтки на свѣжихъ препаратахъ являлись въ небольшомъ количествѣ, въ нормальномъ состояніи; смотря по локализациі многоугольной, веретенообразной, пирамидальной формы съ продолговатоовальнымъ ядромъ, съ мелкозернистымъ содержимымъ. Но огромное большинство клѣтокъ измѣнено: вслѣдствіе усиленной зернистости, протоплазма помутнѣвшая, ядра или слабо выражены, или совсѣмъ незамѣтны; клѣтки по формѣ закруглены или имѣютъ форму комковъ; протоплазма однородна, блестяща, слегка красновата; на разные реагенты почти не отвѣчаетъ; ядро замѣтно весьма рѣдко. Описывая гистологическую картину измѣненій нейроглии или такъ называемой поддерживающей ткани, авторъ обходитъ взгляды и ученія такихъ ученыхъ, какъ Вирховъ, Kölliker, Henle, Ranvier, и приводитъ, какъ послѣднее мнѣніе, теорію Gierke. По мнѣнію Gierke эта ткань не принадлежитъ къ соединительнотканнымъ веществамъ ни по даннымъ исторіи развитія, ни по даннымъ химическихъ и гистологическихъ свойствъ. Она состоитъ изъ двухъ составныхъ частей: безформенныхъ и форменныхъ элементовъ. 1-я составная часть представляетъ

основу сѣраго вещества мозга; она мягка, эластична; эластичностью нейроглии, особенно ея форменныхъ элементовъ, объясняется возможность спаденія и растяженія нервной ткани, что наблюдается при пульсаціяхъ мозга; она представляетъ собою густую сѣть, образованную изъ клѣтокъ и ихъ отростковъ; 2-я составная часть — морфологическія гліозныя клѣтки; онѣ являются въ двухъ главныхъ видахъ съ многочисленными переходными ступенями. Первый видъ — клѣтки бѣдныя протоплазмой; клѣточное тѣло едва замѣтно или вовсе отсутствуетъ; ядро кругло или овально; ядро окрашивается интенсивно, протоплазма весьма трудно, или вовсе нѣтъ. Отъ тѣла клѣтокъ, а если тѣла нѣтъ, то отъ ядра идутъ немногочисленные начальные отростки, которые въ дальнѣйшемъ развѣтвляются на весьма многочисленную, тонкую, нѣжную сѣть; 2-й видъ — клѣтки съ достаточно развитымъ, объемистымъ тѣломъ; онѣ хорошо окрашиваются; имѣютъ многочисленные толстые отростки, мало вѣтвящіеся, болѣе плотной консистенціи; послѣднія клѣтки отличаются отъ первыхъ тѣмъ, что онѣ и ихъ отростки подвергаются въ значительной мѣрѣ ороговѣнію, при чемъ ядро становится или невидимымъ, или въ видѣ темной массы. Переходныя формы этихъ двухъ видовъ клѣтокъ встрѣчаются въ бѣломъ веществѣ. Въ дальнѣйшемъ процессъ ороговѣнія захватываетъ и ядра клѣтокъ, вслѣдствіе чего дифференцировка ядра и клѣтокъ исчезаетъ. Далѣе Gierke раздѣляетъ нейроглию на основную подкладку и покрывку всѣхъ нервныхъ элементовъ какъ съ поверхности, такъ и со стороны всѣхъ полостей. Нейроглія окружаетъ всю нервную систему en masse снаружи и внутри (со стороны желудочковъ); наружную часть нейроглии Gierke называетъ *Gliahülle*, а внутреннюю — *Gliauskleidung*. Первая состоитъ изъ клѣтокъ второго типа. Далѣе авторъ трактуетъ объ измѣненіяхъ паренхимы органа-гангліозныхъ клѣтокъ. Здѣсь онъ находитъ чрезвычайное разнообразіе патологоанатомическихъ измѣненій, рѣзко и интенсивно выраженное. Такое измѣненіе наступаетъ послѣ 4—5 дней ишеміи (при лигатурѣ *tr. anonomi* или двухъ сонныхъ артерій); болѣе рѣзко это выражено на разрѣзахъ мозговой коры двигательныхъ областей, что зависитъ отъ неблагоприятныхъ условій циркуляціи крови. На разрѣзахъ паренхимы органа представляетъ картину рѣдкаго рѣшета съ причудливыми фигурами клѣтокъ, потерявшихъ морфологическія, химическія и физическія особенности; отростки клѣтокъ въ большинствѣ отсутствуютъ, протоплазма зерниста,

вслѣдствіе бѣлковаго набуханія; ядра замаскированы мутною зернистостью. Въ другихъ случаяхъ картина измѣненій выражена еще болѣе: протоплазма имѣетъ видъ блестящей или матовоблестящей субстанции, отъ кармина окрашивается въ блѣдно-розовый цвѣтъ; ядра здѣсь представляются или въ видѣ темнаго зернистаго пятна, или совершенно отсутствуютъ; конфигурація клѣтокъ рѣзко измѣнена вслѣдствіе вакуолярной дегенерации. По формѣ онѣ закруглены; края изъѣдены, прорывы выемками; отростки отсутствуютъ; иногда клѣтки являются въ видѣ кусковъ или обломковъ. Вслѣдствіе такого измѣненія клѣтокъ, перипеллюлярныя пространства являются крайне расширенными. Измѣненія въ центральномъ сѣромъ веществѣ—въ центральныхъ и базальныхъ частяхъ мозга—выражены менѣе интенсивно, сравнительно съ измѣненіями элементовъ мозгового покрова; большинство клѣтокъ сохранили общую конфигурацію, отростки и ядра; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ *Nucleus caudatus et lentiformis* слой сѣраго вещества истонченъ, клѣтки атрофированы и уменьшены въ числѣ. Не меньшее разнообразіе измѣненій, подъ вліяніемъ ишеміи, представляютъ сосуды оболочекъ и мозгового вещества. Въ острыхъ случаяхъ (4—5 дней) измѣненія не рѣзкія наступаютъ лишь въ сосудахъ мозгового вещества; въ хроническихъ случаяхъ измѣненія наступаютъ какъ въ мозговыхъ, такъ и въ менингеальныхъ сосудахъ. Наблюдая картину измѣненій подъ микроскопомъ, П. замѣтилъ, что въ нѣкоторыхъ сосудахъ контуры кровяныхъ шариковъ видны не рѣзко, они какъ-бы слились, вся масса, выполняющая просвѣтъ помутнѣвъша, мелкозерниста; въ другихъ сосудахъ однородна, стекловидна и блестяща; въ разныхъ мѣстахъ сосудовъ наблюдаются вакуоли овальной или кругловатой формы. Иногда всѣ только что описанныя измѣненія наблюдаются въ одномъ и томъ-же сосудѣ. Иногда вакуоли сильно увеличиваются, а промежуточная субстанція наблюдается въ видѣ толстыхъ перемычекъ; перемычки тянутся отъ одной стѣнки сосуда къ другой,—сосуды стянуты; стѣнки ихъ истончены; они теряютъ параллелизмъ стѣнокъ и въ разныхъ мѣстахъ имѣютъ перехваты. Въ дальнѣйшемъ, при описаніи измѣненій периваскулярныхъ пространствъ, авторъ предпосылаетъ нѣсколько взглядовъ другихъ ученыхъ на этотъ вопросъ. Послѣ этого авторъ возвращается къ описанію измѣненій сосудовъ мягкой оболочки мозга. Здѣсь онъ находитъ, что крупныя вены чрезмѣрно переполнены кровяными шариками; артеріи и мелкія вены наполнены кровя-

\*

9555B

ными элементами въ самихъ разнообразныхъ фазахъ дегенеративнаго метаморфоза; въ однихъ мѣстахъ сосудовъ элементы нормальны, по въ ограниченномъ числѣ; въ другихъ — они разбухши, увеличены въ объемѣ, слабо окрашены или вовсе неокрашены; иные превратились въ однородныя слегка желтоватаго цвѣта глыбки; измѣненія *piae matris*, какъ со стороны сосудовъ, такъ и со стороны собственной ткани, представляютъ рѣзкую картину: она инфильтрирована чрезмѣрнымъ количествомъ кровяныхъ элементовъ съ чрезвычайнымъ разнообразіемъ формъ и физическихъ свойствъ; отъ мало измѣненныхъ, слегка разбухшихъ, прозрачныхъ, кругловатыхъ пластинокъ до зернистыхъ или блестящихъ агрегатовъ огромной величины; эти превращенія крайне резистентны къ химическимъ реагентамъ. Въ случаяхъ хронической анеміи тѣже измѣненія встрѣчаются и въ сосудахъ самой паренхимы мозга. Аналогичныя измѣненія, какъ при ишеміи, описаны другими при уреміи и холеміи, при *Lyssa*, при различныхъ патологическихъ процессахъ, при отравленіяхъ, при ожогахъ кожи и проч. Слѣдующій отдѣлъ — „Анализъ явленій“ представляетъ не болѣе, какъ резюме всего вышеизложеннаго, но есть мѣста, которыя по своимъ особенностямъ могутъ быть приведены. Здѣсь онъ указываетъ что у оперированныхъ животныхъ, не смотря на компенсацію циркуляціи крови, черепная полость получаетъ меньшее количество крови, чѣмъ нормально. Если необходимымъ условіемъ нормальнаго питанія ставится правильная доставка тканевымъ элементамъ питательнаго матеріала и таковая-же его ассимиляція, то въ измѣненіяхъ нервныхъ элементовъ при значительномъ бѣлковомъ и кислородномъ голоданіи (какъ въ случаяхъ лигатуры 3-хъ артерій) естественно ожидать распространенной атрофіи и, вслѣдствіе умиранія ткани въ замкнутомъ пространствѣ, некробіоза ткани. Относительно измѣненій мозговаго вещества замѣчено, что расстройства нервныхъ элементовъ интенсивнѣе выражены въ мозговомъ покровѣ, чѣмъ въ мозговыхъ узлахъ; это объясняется разницей кровеносной системы въ томъ и въ другомъ мѣстѣ. Эту разницу циркуляціи въ головномъ мозгу авторъ представляетъ на основаніи работъ *Duret* и *Heubner*'а. Вотъ отъ чего, говоритъ авторъ, при перевязкѣ одной сонной артеріи функциональныя расстройства быстро проходятъ; между тѣмъ какъ перевязка 2—3-хъ арт. или *tr. anonomi*, не смотря на компенсацію и развитіе коллатеральнаго кровообращенія, необходимо сопровождается уменьшеніемъ количества крови, давле-

нія и скорости теченія въ ишемизированной области, а отсюда и питательнымъ разстройствомъ. Эти разстройства наблюдаются какъ въ оболочкахъ, такъ и въ субстанции мозга; вначалѣ измѣненія въ оболочкахъ выражены слабо, онѣ наступаютъ послѣ рѣзкихъ измѣненій въ веществѣ мозга; здѣсь только наблюдается уменьшеніе давленія и скорости теченія; въ это же время въ мозговомъ веществѣ измѣненія представляютъ рѣзкую картину: полная остановка крови съ отекомъ ткани, кровь имѣетъ венозный характеръ, въ ней наблюдается коагуляціонный процессъ; въ мелкихъ сосудахъ кровяная плазма, раздѣляющая кровяныя тѣльца, исчезаетъ, отдѣльные элементы скучиваются все гуще и гуще, пока наконецъ образуется красный цилиндрикъ; образуются застой, свертываніе крови, тромбы, эмболии и регрессивный метаморфозъ содержимаго сосудовъ,—кровь подвергается некробіозу. Вотъ при такомъ развитіи процесса въ мозгу наступаютъ измѣненія въ циркуляціи ріае; въ ней при этомъ циркуляція затруднена въ двухъ направленіяхъ—съ централнаго конца, вслѣдствіе пониженнаго давленія, съ периферическаго,—вслѣдствіе препятствій въ сосудахъ мозговой паренхимы. Въ 1-мъ случаѣ затрудненный притокъ крови, во 2-мъ затрудненный оттокъ. Путемъ этихъ условій развивается застой крови въ сосудахъ ріае, экстравазаты какъ форменныхъ, такъ и жидкихъ частей. Жидкая часть свертывается и рядомъ съ кровяными элементами подвергается гіалонидному метаморфозу.

*Я. Давидовъ.*

**Д-ръ В. С. Грейденбергъ.** Случай періодическаго спинно-мозгового паралича. Врачъ № 48, 1887 г.

Авторъ сообщаетъ рѣдкій случай періодическаго спинно-мозгового паралича. 22 лѣтній, по виду совсѣмъ здоровый, солдатъ уже втеченіи 10 лѣтъ страдалъ полнымъ двигательнымъ параличемъ, за исключеніемъ лишь лица, наступавшимъ безъ всякой важной причины чрезъ неправильныя промежутки времени. Приступы паралича являлись обыкновенно ночью, развитіе его шло постепенно въ восходящемъ направленіи, при чемъ, на высотѣ приступа, всѣ произвольныя мышцы туловища и конечностей оказывались совершенно парализованными, кожные и сухожильные рефлексъ отсутствовали вполне, электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ была совершенно потеряна. Продолжительность приступовъ была различна, —отъ нѣсколькихъ часовъ до сутокъ, иногда порожались

однѣ нижнія конечности. При окончаніи приступа возстановленіе движеній шло постепенно въ нисходящемъ направленіи. Доискиваясь причинъ заболѣванія, въ данномъ случаѣ, авторъ могъ только констатировать, что оно появилось вскорѣ послѣ сильного испуга. Въ заключеніе говоритъ, что вопросъ относительно періодическихъ параличей, а также періодической глухоты, глухонѣмоты и т. п. остается пока открытымъ; авторъ выражаетъ сожалѣніе, что до сихъ поръ вообще очень мало выяснено вліяніе періодичности многихъ физиологическихъ отпавленій организма на проявленія такой-же періодичности и въ особенности въ области патологій.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. A. И. Озерецковскій,** Еще объ истеріи въ войскахъ (Медиц. Обозрѣніе, № 24).

Въ № 4-мъ Медиц. Обозр. за 1886 годъ помѣщено первое сообщеніе автора объ истеріи въ войскахъ. Продолжая свои наблюденія, онъ приводитъ теперь еще 5 случаевъ истеріи у солдатъ. Въ его сообщеніи помѣщены полныя исторіи болѣзни и діагнозы во всѣхъ случаяхъ поставленъ очень тщательно. Приведенными случаями, говоритъ авторъ, еще разъ подтверждается существованіе истеріи у мужчинъ вообще и у нашихъ русскихъ солдатъ въ частности.

*Н. И. Мухинъ.*

**Dr. Roscioli,** Гематрофія мозга, и вслѣдствіе imbecilitas и гемиплегія (II Maniacomio, II, N, 1).

Больной въ дѣтствѣ имѣлъ псепhalitis, послѣдствіемъ чего были атрофія полушарія и тупоуміе. Вскорѣ къ этому присоединились приступы эпилепсіи, а въ отроческомъ возрастѣ крайнее возбужденіе полового чувства, такъ что онъ нападалъ на всякую женщину. Помѣщенный въ заведеніе, онъ нападалъ даже на мужчинъ. Кромѣ того у него была склонность къ самоубійству. Вскорѣ онъ впалъ въ слабоуміе. Спустя много лѣтъ онъ умеръ внезапно. При вскрытіи нашли: вѣсъ мозга 810 gr., лѣвое полушаріе значительно меньше праваго; длина праваго полушарія 185 с.,—лѣваго 148 с. Атрофія касалась не только лѣваго, но и праваго полушарія. Микроскопическое изслѣдованіе корки показало атрофію различной интенсивности. Узловые клѣтки атрофированны съ увеличеніемъ ядеръ и разрушеніемъ отростковъ; перипеллюлярныя пространства были слишкомъ увеличены, что можетъ быть отнесено отчасти на счетъ консервированія мозга. Сосуды были

очень многочисленны. Особенно сильно выражена была атрофія въ правой извилинѣ *corpor. callosi*, гдѣ протоплазма исчезла до едва замѣтныхъ остатковъ, такъ что ядра клѣтокъ представлялись какъ бы окруженными двумя стѣнками. За то были громадныя скопленія соединительнотканнхъ образований. Также атрофія распространялась на базальныя ганглии, *thalamus opticus* и *corpus striatum*. П. И. К.

Dr. A. Erlensmeyer, Страсть къ употребленію морфія и ея лечение. (*Morphiumsucht und ihre Behandlung*. 3 изд.).

Съ каждымъ днемъ количество случаевъ морфіоманіи увеличивается. Увеличиваются и научныя данныя, касающіяся этой болѣзни. Вѣстѣ съ этимъ, къ счастью, увеличивается и наша опытность въ борьбѣ съ этой болѣзнью. Предлежащій трудъ представляетъ прекрасное сочиненіе въ области морфіоманіи. Къ сожалѣнію мы не можемъ прореферировать всей книги и остановимся преимущественно на двухъ пунктахъ: на явленіяхъ, появляющихся вслѣдствіе прекращенія приѣмовъ морфія и леченіи морфіоманіи. Въ первой главѣ авторъ говоритъ о причинахъ, вызывающихъ морфіоманію. Этихъ причинъ главнымъ образомъ двѣ: физическая боль и нравственныя непріятности. Средину между ними занимаетъ безсонница. Къ сожалѣнію нерѣдко сами врачи способствуютъ развитію морфіоманіи. Назначивъ морфій, какъ цѣлебное средство, напр. противъ боли, они однако не умѣютъ остановить своевременно его употребленія. Поэтому изъ одной болѣзни является двѣ. Во второй главѣ излагается патологическая анатомія этого состоянія. Въ третьей главѣ авторъ касается симптомовъ страсти къ употребленію морфію. Они дѣлятся на два отдѣла: симптомы морфіоманіи и симптомы, зависящіе отъ прекращенія употребленія морфія. Последніе дѣлятся на двѣ группы, въ зависимости отъ того, будутъ ли прекращены приѣмы морфія внезапно, или постепенно. Въ первомъ случаѣ является чаще всего *collapsus*, который въ нѣкоторыхъ случаяхъ грозитъ даже жизни субъекта. Иногда, вслѣдствіе внезапнаго прекращенія приѣмовъ морфія, развивается бредъ, который Levinstein называетъ *delirium tremens* морфинизма. Dr. Erlensmeyer полагаетъ однако, что существуетъ разница между тѣмъ и другимъ бредомъ и смѣшивать ихъ невозможно. Наконецъ, какъ результатъ внезапнаго прекращенія приѣмовъ морфія, являются приступы истеро-эпилепсін и альбуминурія, которая, по автору, есть результатъ воздѣйствія не на почки, а на мозгъ.—При постепенномъ прекращеніи приѣмовъ морфія

являются: со стороны двигательной области — мускульныя сокращенія, тремор, мускульная слабость, атаксія, парезы, разница въ размѣрахъ зрачковъ и аккомодативный парезъ глазъ. Со стороны чувствительной: чувство напряженія въ икрахъ, нейралгїи, половинныя боли головы и парестезїи. Кромѣ того, часто наблюдается, что съ прекращеніемъ приѣмовъ морфія появляются тѣ болѣзненные симптомы, которые вызвали употребленіе морфія. Сенсорныя разстройства въ общемъ имѣютъ характеръ гиперестезій. Вазомоторныя разстройства состоятъ въ явленіи гиперемїи и анемїи мозга, нерѣдко у одного и того же субъекта попеременно. Дыханіе и пульсъ не имѣютъ опредѣленнаго типа. Рефлекторныя явленія выражаются: чиханьемъ, зѣвотой, удушьемъ, общимъ вздрагиваніемъ и рвотой. Секреторныя разстройства: насморкъ, усиленное отдѣленіе слюны и діаррея. Относительно пота наблюдались такія явленія, что если при морфіоманїи было anhydrosis, то теперь будетъ hyperhydrosis и наоборотъ. Кромѣ того у мужчинъ бываетъ усиленіе полюцій, у женщинъ же появляются менструаціи. Со стороны душевной дѣятельности: безпокойство, тоска и бессонница; склонность къ самоубійству, ослабленіе памяти и легкія формы бреда. Бредовыя явленія могутъ быть или коротки, или же длиться недѣлями и мѣсяцами. Что касается леченія, то авторъ разсматриваетъ три способа: продолжительное отнятіе, внезапное и быстрый способъ прекращенія приѣмовъ морфія. Постепенное отнятіе есть самый старый методъ и, можно сказать, наиболѣе общеупотребительный. Онъ состоитъ въ ежедневномъ уменьшеніи дозъ морфія на приѣмъ. По мнѣнію автора, такой больной по прекращеніи, послѣ очень долгаго времени, приѣмовъ морфія въ лечебницѣ, начнетъ очень скоро употреблять его вновь. На дорогѣ изъ лечебнаго заведенія домой, его первая станція будетъ у аптеки, гдѣ онъ прїобрѣтетъ морфій и шприцъ, а въ журналѣ врача будетъ красоваться записъ: *выбылъ выздоровѣвшимъ*. Выгода отъ такого способа леченія будетъ „nur für den Arzt und die Anstalt“.—Способъ внезапнаго прекращенія состоитъ въ томъ, что больной, помѣщенный въ лечебницу подъ строгій надзоръ, внезапно лишается приѣмовъ морфія. Этотъ способъ носитъ названіе способа Levinstein'a. Для большаго удобства, по прїѣздѣ больного ему дѣлаютъ ванну и въ это время тщательно осматриваютъ его платье; въ комнату же его не допускаютъ никакихъ прежнихъ его вещей, такъ какъ были случаи, что такіе больные прятали морфій въ часовой



механизмъ, кончикъ сигары и проч. Неудобства этого способа однако состоятъ въ появленіи симптомовъ, зависящихъ отъ воздержанія отъ морфія, которые иногда бываютъ опасны и для жизни.—Наиболѣе пригоднымъ авторъ считаетъ третій способъ—быстраго прекращенія приѣмовъ. При этомъ принимаются во вниманіе: величина дозъ, принимаемыхъ въ послѣднее время, продолжительность морфіоманіи и общее состояніе больного. Сущность этого способа состоитъ въ томъ, что для прекращенія приѣмовъ берется столь короткій періодъ времени, сколько это возможно безъ вреда для жизни больного, т. е. отъ 6 до 12 дней. Съ перваго раза авторъ отнимаетъ половину послѣднихъ приѣмовъ и затѣмъ въ послѣдующихъ еще половину и т. д. Вообще съ перваго раза нужно отнимать возможно больше, уже въ виду рѣшительности больного. Авторъ полагаетъ, какъ абсолютное требованіе, что леченіе такихъ больныхъ возможно только въ лечебницахъ, и то строго обставленныхъ. Что касается леченія отдѣльныхъ симптомовъ, то въ этомъ случаѣ на первомъ планѣ являются тѣ, которые развиваются отъ задержанія приѣмовъ. При появленіи коллапса авторъ прибѣгаетъ къ впрыскиванію морфія, а именно 0,025 гр.,—если спустя 10' нѣтъ улучшенія, то можно впрыснуть второй и третій разъ. Впрыскиваніе же эфира не дѣйствительно. Кромѣ того можно давать алкоголь во всѣхъ его видахъ и др. возбуждающія, внутреннія и наружныя. Помимо всего этого нужно еще долго слѣдить за пульсомъ. При бредѣ слабомъ достаточно приѣма алкоголя, — при сильномъ же бредѣ приходится прибѣгать къ морфію. При рвотѣ авторъ рекомендуетъ воздержаніе отъ пищи, ледъ и замороженное шампанское,—въ крайнемъ только случаѣ можно прибѣгать къ морфію. Мы могли бы реферировать безъ конца, но предѣлъ реферата не дозволяетъ этого сдѣлать. Вообще книга написана не только обстоятельно, но и красивымъ языкомъ. Само изданіе очень изящно.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Emminghaus**, Психическія разстройства дѣтскаго возраста (Die psychischen Störungen im Kindes-Alter).

Проф. Emminghaus, извѣстный въ психіатрической литературѣ въ особенности по написанной имъ прекрасной Общей психопатологіи, въ настоящее время выпустилъ не менѣе интересную и серьезную книгу, названіе которой мы выписали выше. Это будетъ собственно систематическое изложеніе душевныхъ болѣзней, проявляющихся въ дѣтскомъ возрастѣ и составляетъ добавочный томъ извѣстнаго руководства дѣтскихъ

болѣзней Herhardt'a. Мы не можемъ подробно излагать содержанія всей книги, уже въ силу ея характера изложенія и укажемъ на порядокъ, изложенія въ ней отдѣльныхъ статей. Начинаетъ авторъ опредѣленіемъ психическихъ болѣзней дѣтскаго возраста и за тѣмъ переходитъ къ тщательному изложенію исторіи развитія ученія о психозахъ въ дѣтскомъ возрастѣ. Послѣ этого слѣдуетъ отдѣлъ общей этиологіи психозовъ дѣтскаго возраста и отдѣлъ общей симптоматологіи, — въ послѣднемъ отдѣлѣ авторъ разсматриваетъ аномаліи самочувствія, области представленій, поступковъ и чувствъ. Отдѣлъ общей симптоматологіи особенно хорошо изложенъ у автора. Специальную психопатологію авторъ начинаетъ изложеніемъ церебральной нейрастеніи, за симъ слѣдуютъ меланхолія и самоубійство въ дѣтскомъ возрастѣ, манія, *dementia acuta*, *ипохондрія*, *рагапоіа*, насильственные представленія, скоропроходящее сумашествіе, періодическое и циркулирующее сумашествіе, нравственное сумашествіе, идіотизмъ, эпилепсія и истерія. Книга написана чрезвычайно обстоятельно и дѣльно. Въ ней собраны какъ литературныя данныя по этому вопросу, такъ и многія личныя наблюденія автора. Не смотря на то, что въ русской литературѣ много уже систематическихъ руководствъ по душевнымъ болѣзнямъ, названное сочиненіе будетъ въ ней не только не лишнимъ, но весьма желательнымъ.

*П. И. Ковалевскій.*

*Dr. Ziehen, Сфигмографическія изслѣдованія у душевно больныхъ (Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken).*

Принимая во вниманіе, что многіе случаи душевныхъ болѣзней имѣютъ въ основѣ своей измѣненіе кровообращенія въ черепѣ, можно было уже а priori допустить, что проявленія пульса будутъ также представлять уклоненія. И дѣйствительно, уже клиническія изслѣдованія Esquirol'a, Guislén'a и др. показали, что такія уклоненія дѣйствительно существуютъ. Тоже подтвердили и первыя сфигмографическія изслѣдованія Wolf'a и друг. Однако болѣе точныя изслѣдованія новѣйшихъ ученыхъ, какъ Л. Ф. Рагозина и друг. указали на то, что измѣненія въ пульсовой волнѣ у душевно больныхъ, если и существуютъ, то слишкомъ несущественныя и нехарактерныя, не могущія служить отличительнымъ признакомъ для тѣхъ или другихъ душевныхъ болѣзней. Такимъ образомъ то, что казалось съ априорной точки зрѣнія возможнымъ и логичнымъ, на дѣлѣ оказалось несущественнымъ и почти отсутствующимъ. Для дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направ-

ленин нужно было или усовершенствовать инструменты, употребляемые для изслѣдованія пульса, или взять иную исходную точку зрѣнія. Авторъ при своихъ изслѣдованіяхъ пользовался пальмографомъ Freyer'a, который онъ, по его мнѣнію, настолько усовершенствовалъ, что поставилъ почти внѣ ошибки. Пользуясь такимъ аппаратомъ, авторъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: интеллектуальная дѣятельность сама по себѣ не производитъ никакихъ измѣненій въ сфигмографической кривой пульса,—если же таковыя измѣненія и происходятъ, то они зависятъ скорѣе отъ сопровождающихъ ее аффектовъ возбужденія,—и это относится одинаково къ душевно здоровымъ, какъ и къ душевно больнымъ людямъ. Патологическіе аффекты возбужденія повышаютъ первую вторичную элевацию и немного уменьшаютъ дикротизмъ кривой. Явленія въ области дикротизма, по видимому, обуславливаются легкимъ суженіемъ мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ и одинаковы какъ для меланхолическаго, такъ и для маниакальнаго состоянія. Форма пульса, основанная на ангиопарезѣ или уменьшенной дѣеспособности вазомоторнаго центра, клинически представляется въ видѣ сильно-дикротической кривой, съ весьма заостренными верхушками. Форма *pulsus tardus* бываетъ только при полномъ параличѣ сосудовъ. Форма пульса, основанная на ангиоспазмѣ или повышенной дѣеспособности вазомоторнаго центра, отличается уменьшенной дикротіей. Нѣтъ ни одного психоза и психопатическаго состоянія съ кривою пульса, настолько ему присущю, чтобы первая не являлась безъ второго: сфигмографическая кривая представляетъ собою только данное состояніе возбужденія и данное состояніе вазомоторнаго центра. Ангиопаралитическія кривыя пульса особенно часто являются при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ (особенно во время паралитическихъ приступовъ), также въ *status epilepticus* и *delirium tremens*,—а также въ функциональных психозахъ, основанныхъ на аффективныхъ или сексуальныхъ эксцессахъ, особенно въ рагапоіа и нервности въ позднѣйшихъ стадіяхъ. Ангиоспастическія кривыя пульса часто встрѣчаются при меланхоліи и прогрессивномъ параличѣ, а также и при другихъ психозахъ, эпилепсін и нервности (въ раннихъ стадіяхъ). Кривая *pulsus tardus* часто наступаетъ въ позднѣйшихъ стадіяхъ паралича, изрѣдка односторонне,—и рѣже въ циклической формѣ, вслѣдствіе пареза сосудовъ отъ перераздраженія реакціи.

П. И. Ковалевскій.

**Dr. Theodor Rumpf.** Сифилитическія заболѣванія нервной системы. (Die Syphilitischen Erkrankungen Nervensystems).

Названная книга, содержащая въ себѣ 600 страницъ, представляетъ попытку сгруппировать и обобщить имѣющіяся въ современной наукѣ данныя о роли сифилиса въ нейропатологiи. Задача—весьма трудная и обширная, если принять во вниманіе огромную массу относящихся сюда фактовъ, число которыхъ продолжается увеличиваться съ каждымъ днемъ, а съ другой стороны имѣя въ виду и то, какъ много еще въ этой области загадочнаго и спорнаго. И нужно отдать справедливость автору: онъ удовлетворительно справился съ этой задачей,—сумѣлъ разобраться въ хаосѣ литературныхъ данныхъ и извлечь изъ нихъ то, что дѣйствительно можетъ претендовать на научную достовѣрность и осязательное практическое значеніе. Изложеніе автора отличается большою ясностью еще благодаря тому обстоятельству, что онъ избѣгаетъ въ текстѣ ненужныхъ подробностей, не посвящаетъ читателя въ различныя контroversiи, въ доводы за и противъ спорнаго мнѣнія, но вездѣ гдѣ только возможно, излагаетъ одинъ опредѣленный взглядъ на вещи, вытекающій изъ его убѣжденія. Въ этомъ отношеніи оказываютъ автору большія услуги его собственныя работы и изслѣдованія. Книга раздѣлена на общую и специальную часть. Въ первой авторъ только слегка касается исторіи вопроса и отдаетъ должную дань именамъ Вирхова, Steenberg'a, Вагнера, Гейбнера, Лансеро, Шарко, Фурнье, Джаксона, Вестфала, Лейдена, Эрба и др.; сравнительно много мѣста удѣляетъ онъ въ историческомъ обзорѣ тому, что въ настоящее время является такъ сказать злобой дня и что здѣсь, какъ въ другихъ частяхъ книги, приковываетъ къ себѣ главнѣйшее вниманіе автора,—это именно вопросамъ объ отношеніи сифилиса къ табесу и прогрессивному параличу. Въ особой главѣ авторъ разсматриваетъ тѣ патолого-анатомическіе процессы въ нервной системѣ, которые можно поставить въ связь съ внѣдреніемъ въ организмъ сифилитическаго контагія и, на основаніи чужихъ наблюденій и своихъ собственныхъ, подробно излагаемыхъ въ текстѣ гистологическихъ изслѣдованій, приходитъ къ слѣдующимъ главнѣйшимъ выводамъ. Сифилитическія заболѣванія, гнѣздящіяся въ нервной системѣ, всегда исходятъ изъ сосудовъ. Извѣстно, что этого рода новообразованія принадлежатъ къ грануляціоннымъ опухолямъ, но авторъ различаетъ между ними двѣ формы, отличныя по мѣсту и патологическому значенію, а именно „сифилитическую

инфильтрацію соединительно-тканныхъ капилляровъ (*Ifiltration der Bindegewebs capillarens*“, и „сифилитическую инфильтрацію сосудныхъ капилляровъ“, т. е. заболѣваніе большихъ сосудовъ. Оба процесса рѣдко ведутъ къ образованію тѣхъ ограниченныхъ опухолей, которыя въ извѣстномъ періодѣ обратнаго развитія получили названіе „*gummata*“; чаще-же они вызываютъ болѣе или менѣе обширныя и разлитыя инфильтраціи. Упомянутые процессы отличаются и по клиническому теченію. Сифилитическая инфильтрація соединительно-тканныхъ капилляровъ по большей части вызываетъ мѣстныхъ разстройства, рѣже — общія; напротивъ того сифилитическія инфильтраціи сосудистыхъ капилляровъ сплошь и рядомъ влекутъ за собою общія разстройства, вслѣдствіе нарушенія общаго кровообращенія, и въ то-же время даютъ начало и мѣстнымъ пораженіямъ, обуславливая либо закупорку сосуда, либо разрывъ его съ послѣдовательнымъ кровоизліяніемъ. Последнее, точно также какъ послѣдовательное размягченіе ткани, составляетъ, конечно, по отношенію къ собственно сифилитическому заболѣванію, вторичное явленіе. Въ той-же общей части авторъ между прочимъ касается вопроса о сущности сифилитическаго контагія. Опираясь отчасти на собственныя изслѣдованія, онъ склоняется въ пользу микробной теоріи. Правда, до сихъ поръ еще не представлено достаточныхъ доказательствъ того, чтобы найденныя многими изслѣдователями въ сифилитическихъ продуктахъ микро-организмы были дѣйствительно носители заразы; однако-же нельзя отрицать, что постоянство ихъ нахожденія въ этихъ образованіяхъ придаетъ продуктамъ сифилиса довольно характерный отпечатокъ, и это относится не только къ такъ называемымъ гуммознымъ опухолямъ, но и къ тѣмъ частью ограниченнымъ, частью диффузнымъ инфильтраціямъ соединительно-тканныхъ и сосудистыхъ капилляровъ, которые, согласно даннымъ авторомъ опредѣленіямъ, составляютъ основу сифилитическаго пораженія нервной системы,—новое доказательство того, что тѣ и другія новообразованія идентичны между собою. Общая часть заканчивается изложеніемъ методовъ, помощью которыхъ возможно клинически діагностировать сифилитическое заболѣваніе нервной системы. Извѣстно, до какой степени иногда бываетъ трудно собрать точныя анамнестическія данныя; присутствие или отсутствіе шанкернаго рубца имѣетъ лишь относительное значеніе; то-же относится къ отсутствію припуханія паховыхъ желѣзъ,—какое явленіе довольно обыкновенно

встрѣчается при конституціональномъ сифилисѣ у женщинъ. Особенно вниманіе авторъ почему-то обращаетъ на железы вблизи угла нижней челюсти. Дальнѣйшія доказательства, устанавливающія фактъ сифилитическаго заболѣванія, заключаются въ возможности свести наблюдаемую клиническую картину къ послѣдствіямъ патологическихъ процессовъ, производимыхъ сифилисомъ; далѣе — въ возможности исключить всѣ другія причины заболѣванія, и наконецъ — въ результатѣ антисифилитическаго лѣченія. Не нужно однако преувеличивать значенія послѣдняго: отрицательные результаты нисколько не исключаютъ сифилиса, такъ какъ они зависятъ отъ характера сифилитическаго процесса. Авторъ пришелъ къ убѣжденію, что наиболѣе стойкими являются тѣ пораженія, которыя гнѣздятся въ большихъ сосудахъ и клинически отличаются продолжительнымъ и медленнымъ теченіемъ. Гораздо лучшее предсказаніе даютъ заболѣванія мелкихъ капилляровъ, но и здѣсь терапевтическій результатъ можетъ оказаться неблагоприятнымъ для возстановленія функціи въ силу образованія рубца, образовавшагося ранѣе или послѣ лѣченія. Мало того: возможны случаи, гдѣ образующіеся, благодаря антисифилитическому лѣченію, рубцы еще болѣе ограничиваютъ дѣятельность нервной системы, и должно быть ухудшаютъ теченіе болѣзни. Наконецъ, данная картина болѣзни можетъ быть вызвана не прямо сифилитическимъ процессомъ, но болѣе или менѣе отдаленными его послѣдствіями: образованіемъ аневризмы, суженіемъ сосуда и т. д., и тутъ разумѣется, антисифилитическое лѣченіе также не принесетъ пользы. — Спеціальнѣйшій отдѣлъ книги авторъ начинаетъ съ болѣзней головного мозга; онѣ излагаются соотвѣтственно анатомической послѣдовательности частей и сообразно современнымъ свѣдѣніямъ о локализациі мозговыхъ функцій (болѣзни мозговой коры, лучистаго вѣнца, основанія, ножекъ и т. д.). Въ каждой главѣ приведены подробныя данныя, относящіяся къ патологической анатоміи предмета, и интересныя замѣчанія относительно теченія и прогноза даннаго заболѣванія. Кромѣ того, эти главы изобилуютъ во множествѣ исторіями отдѣльныхъ случаевъ, приводимыхъ отчасти въ видѣ иллюстраціи, отчасти въ видѣ доказательства основныхъ положеній. Многія изъ этихъ исторій (не исключая и тѣхъ, которыя взяты изъ личныхъ наблюденій автора), собственно говоря, совершенно излишни и до того растянуты, что безъ нужды утомляютъ вниманіе читателя и дѣлаютъ чтеніе спеціальной части мѣстами довольно

затруднительнымъ. Не имѣя въ виду исчерпать содержаніе этого обширнаго и важнѣйшаго отдѣла,—что, разумѣется, немислимо въ настоящей замѣткѣ,—а единственно для того, чтобы дать нѣкоторую хотя-бы слабую характеристику взглядовъ автора, мы позволимъ себѣ остановиться на нѣсколькихъ частностяхъ. Р. не раздѣляетъ преобладающаго въ наукѣ мнѣнія объ идентичности двигательнаго и чувствительнаго поля въ мозговой корѣ, но вмѣстѣ съ нѣкоторыми другими авторами считаетъ ихъ пространственно раздѣленными, хотя и несомнѣнно весьма близкими между собою. Случаи, гдѣ оба пораженія—двигательное и чувствительное—встрѣчаются совместно, ничего не доказываютъ; авторъ справедливо замѣчаетъ, что рѣчь идетъ не о томъ, наблюдаются-ли они одновременно и вмѣстѣ (это достаточно извѣстно), а о томъ, встрѣчаются-ли они отдѣльно и изолированно одно отъ другого. Послѣдній вопросъ онъ рѣшаетъ въ утвердительномъ смыслѣ. Онъ приводитъ нѣсколько наблюдений, въ которыхъ корковая моноплегія не сопровождалась ни малѣйшими расстройствами въ чувствительной сферѣ. Въ этомъ отношеніи, впрочемъ, еще болѣе цѣнны, по его мнѣнію, тѣ случаи, гдѣ расстройства чувствительности съ характеромъ кортикальнаго пораженія наступали въ отсутствіи двигательнаго паралича. На основаніи этихъ наблюдений онъ считаетъ себя вправе заключить, что двигательные и чувствительные центры лежатъ въ разныхъ территоріяхъ. Въ виду важности этого вывода нельзя не замѣтить, что едва-ли упомянутыя наблюдения рѣшаютъ спорный вопросъ: во 1-хъ, въ нѣкоторыхъ изъ приводимыхъ случаевъ рядомъ съ чувствительными расстройствами замѣчалось все-таки нѣкоторое, хотя-бы и слабое нарушение двигательной функціи (монопарезъ); во 2-хъ, даже въ наиболѣе доказательныхъ случаяхъ кортикальный характеръ пораженія, хотя имѣетъ за себя большую вѣроятность, однако-же, за отсутствіемъ патолого-анатомическихъ данныхъ (вскрытіе не было сдѣлано), не можетъ быть поставленъ внѣ всякаго сомнѣнія. Изъ заболѣваній лучистаго вѣнца главнѣйшее вниманіе обращаютъ на себя, разумѣется, гемиплегіи. Предшествовавшія головныя боли, головокруженіе, слабое нарушение или даже полная неприкосновенность сознанія во время инсульта, переходящій характеръ параличей, какъ извѣстно, весьма часто придаютъ особенный отпечатокъ сифилитической гемиплегіи. Юношескій возрастъ сообщаетъ этимъ признакамъ (особливо послѣднему, т. е. эфемерности парали-

чей) рѣшающее діагностическое значеніе. Почему у нѣкоторыхъ субъектовъ мозгъ дѣлается ближайшей жертвой сифилитическаго контагія, трудно сказать. Авторъ сдѣлалъ наблюдение, что подобные субъекты отличаются слабымъ тѣлосложеніемъ, блѣднымъ цвѣтомъ лица, слабымъ пульсомъ и недостаточно-крѣпкой сосудистой системой съ склонностью къ расширенію сосудовъ на головѣ, къ долго длящимся покраснѣніямъ покрововъ и проч. Возможно, что неустойчивости сосудистой системы способствуетъ между прочимъ чрезмѣрная умственная дѣятельность и въ особенности алкоголь. Нужно сознаться, что эти приводимые авторомъ признаки слишкомъ неопредѣленны и потому лишены большого практическаго значенія. Съ большимъ интересомъ встрѣтили мы въ книгѣ R. главу: „мозговые болѣзни безъ гнѣздныхъ симптомовъ“; здѣсь между прочимъ трактуется объ отношеніи сифилиса къ нейрастеніи. Начальный стадій мозгового сифилиса можетъ несомнѣнно симулировать церебральную нейрастенію и обратно; понятно, стало быть, какой осторожности требуетъ назначеніе въ такихъ случаяхъ антисифилитическаго лѣченія. — Что касается отношенія сифилиса къ психозамъ, то это вопросъ, который въ настоящее время еще совершенно не разработанъ; исключеніе составляетъ прогрессивный параличъ, связь котораго съ сифилисомъ имѣетъ за себя много данныхъ. Изъ разнообразныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ, находимыхъ при вскрытіи умершихъ паралитиковъ, самыми частыми и значительными авторъ считаетъ измѣненія въ сосудахъ, и притомъ такія, за которыми, — по крайней мѣрѣ въ отдѣльных случаяхъ, — нельзя было не признать несомнѣнное сифилитическое происхожденіе. Этотъ фактъ гармонируетъ съ выводами статистики, относящимися къ этиологіи этой болѣзни. Въ наблюденіяхъ автора (число ихъ, впрочемъ, не превышаетъ 15) сифилисъ въ анамнезѣ значился въ 78% всѣхъ случаевъ. Неуспѣхъ антисифилитическаго лѣченія и вообще неблагоприятное предсказаніе при прогрессивномъ параличѣ, какъ справедливо замѣчаетъ авторъ, нисколько не подрываетъ ученія о связи этой болѣзни съ сифилисомъ, хотя съ этой стороны, *dementia paralytica* далеко уступаетъ всѣмъ другимъ нервнымъ заболѣваніямъ, возникающимъ на сифилитической почвѣ, — за исключеніемъ, впрочемъ, *tabes dorsalis* — болѣзни, которая, какъ въ этомъ, такъ и во многихъ другихъ отношеніяхъ представляетъ замѣчательную аналогію съ прогрессивнымъ параличемъ. — Извѣстно, что о связи табеса съ си-



филлисомъ также существуетъ цѣлая литература. Съ тѣхъ поръ какъ въ 1876 году, Fournier первый высказалъ положеніе, что сифилисъ есть самая частая причина спинной сухотки, это мнѣніе не переставало служить предметомъ полемики между изслѣдователями, среди которыхъ оно находитъ себѣ какъ усердныхъ защитниковъ, такъ и ярыхъ противниковъ. Мы уже упомянули, что этотъ вопросъ принадлежитъ также къ излюбленнымъ темамъ автора; въ отдѣлѣ „болѣзней спинного мозга“ самая объемистая глава (до 100 стр.) посвящена исключительно этому предмету. R. принадлежитъ къ числу наиболее горячихъ приверженцевъ теоріи Fournier и пытается обосновать ее съ различныхъ точекъ зрѣнія. Не отрицая возможности возникновенія симптомокомплекса *tabes dorsalis* отъ другихъ причинъ (напр. отъ отравленія эрготиномъ, отъ дифтеритическаго заболѣванія и проч.), онъ тѣмъ не менѣе ставитъ на видъ, что въ довольно преобладающемъ числѣ случаевъ можно всегда доказать предшествовавшее зараженіе сифилисомъ; въ своемъ собственномъ матеріалѣ авторъ насчитываетъ отъ 80 до 85%, — фактъ, съ которымъ нельзя не считаться въ вопросѣ о происхожденіи этой болѣзни. Извѣстныя до сихъ поръ патолого-анатомическія данныя не противорѣчатъ, какъ это думаютъ многіе, допущенію причинной связи между сифилисомъ и спинной сухоткой, такъ какъ извѣстное сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ можетъ быть отчасти результатомъ вторичныхъ измѣненій, отчасти-же можетъ стоять въ связи съ подмѣченными авторомъ измѣненіями въ сосудахъ, каковое наблюденіе было въ недавнее время подтверждено Krauss'омъ и Berger'омъ. Еще менѣе, чѣмъ патологическая анатомія, рѣшаютъ, конечно, вопросъ результаты антисифилитическаго леченія. Впрочемъ, относительно послѣднихъ, взглядъ автора проникнутъ нѣкоторымъ оптимизмомъ и этимъ отличается отъ общепринятыхъ воззрѣній на этотъ предметъ. Изъ 24 *tabes dorsalis*, въ которыхъ онъ настойчиво примѣнялъ рекомендуемый ими методъ леченія, только будто-бы въ одномъ единственномъ не послѣдовало никакого улучшенія, да и то это былъ такой случай, гдѣ уже безуспѣшно примѣнялись пріобрѣтшіе печальную извѣстность опыты вытяженія нервовъ. Во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ достигнуты были значительное ослабленіе или остановка болѣзни, а въ 4-хъ — полное выздоровленіе, т. е. возвращеніе къ нормѣ. Столь восхваляемый авторомъ терапевтическій методъ, заключающійся въ комбинаціи форсированнаго антисифили-

тического леченія съ одновременнымъ приложеніемъ электричества, въ формѣ фарадизаціонной кисти, изложенъ болѣе обстоятельно въ заключительной главѣ книги, посвященной „терапии сифилитическихъ заболѣваній нервной системы“. Въ этой послѣдней главѣ читатель найдетъ мимоходомъ почти весь терапевтическій арсеналъ современной неврологіи. Однакоже выдающееся мѣсто, само собою понятно, отведено здѣсь собственно антисифилитическому леченію; въ способъ его примѣненія авторъ слѣдуетъ указаніямъ Фурнье и совѣтуетъ продолжать леченіе не стѣсняясь временемъ, въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, года и больше, чередуя курсы втираній съ настойчивымъ назначеніемъ іодистаго калия, и дѣлая время отъ времени небольшія паузы. Въ общемъ книга Rumpf'a оставляетъ прекрасное впечатлѣніе. Она освѣжаетъ въ памяти читателя знакомые факты изъ неврологіи и опредѣленно намѣчаетъ тѣ рубежи, съ которыхъ начинается область неизвѣстнаго. Кромѣ того, какъ мы уже упомянули, книга не представляетъ собою простой компиляціи, но содержитъ повсюду слѣды собственныхъ добросовѣстныхъ работъ и размышленій автора, что налагаетъ на трудъ его печать оригинальности. Къ недостаткамъ сочиненія можно отнести нѣкоторую непропорціональность частей, сказывающуюся въ томъ, что нѣкоторыя главы чрезмѣрно растянуты, изобилуютъ ненужными подробностями, исторіями болѣзни, протоколами вскрытія и проч., тогда какъ другія главы страдаютъ чрезмѣрною краткостью и изложены слишкомъ шаблонно (напр. глава о сифилитическихъ stigmata и вообще о распознаваніи сифилиса). Слѣдуетъ также замѣтить, что сравнительно высокая цѣна книги (15 марокъ) дѣлаетъ ее мало доступной какъ для нѣмецкой, такъ и въ особенности для русской публики. Это обстоятельство, въ связи съ тѣмъ, что мы говорили о положительныхъ качествахъ книги, побуждаетъ высказать желаніе поскорѣ увидѣть это сочиненіе въ русскомъ переводѣ.

*А. А. Говсеньевъ.*

**Dr. Euphrat.** О сумашествіи близнецовъ (Ueber das Zwillingen-irresein, Allg. Zeitsch. f. Psych., 1887, H. 3).

Авторъ разбираетъ вопросъ о заболѣваніи душевными болѣзнями близнецовъ. Ball высказалъ такое мнѣніе, что, въ виду тождества анатомическихъ условій существованія близнецовъ, они обязаны заболѣвать почти одновременно и почти

одною и тою же формою болѣзни. Между этимъ заболѣваніемъ близнецовъ и folie a deux или folie commune нѣтъ ничего общаго. Авторъ, собравши свѣдѣнія о 80 случаяхъ заболѣванія близнецовъ, не соглашается съ Ball'emъ и полагаетъ, что въ условіяхъ ихъ заболѣванія играетъ роль не анатомическое тождество, а социальное и этиологическое тождество. Живя почти всегда вмѣстѣ и подвергаясь почти однимъ и тѣмъ же этиологическимъ моментамъ, они естественно и заболѣваютъ одною и тою же болѣзнию.

Я. А. Давидовъ.

**Dr. Bartels.** О вѣсѣ мозга у душевно больныхъ (Ueber das Hirngewicht bei Geisteskranken, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., 1887, Н. 2—3).

Давно существовало въ наукѣ мнѣніе, что вѣсъ человеческого мозга находится въ тѣсной связи съ отправленіемъ душевной дѣятельности. Спрашивается, находится ли душевная болѣзнь въ какомъ либо соотношеніи съ вѣсовыми потерями мозга? Авторъ имѣлъ въ своемъ распоряженіи 1240 мозговъ, изъ нихъ 810 мужчинъ и 430 женщинъ. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, слѣдующіе: 1) въ общемъ душевныя болѣзни понижаютъ вѣсъ мозга; 2) это уменьшеніе вѣса обусловливается: а) возрастомъ заболѣвшаго, б) продолжительностью болѣзни, с) интенсивностью болѣзни. а) Наименьшее уменьшеніе вѣса обоихъ половъ въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, а наибольшее—у мужчинъ въ возрастѣ 70 лѣтъ, а у женщинъ въ возрастѣ 60 лѣтъ. б) Чѣмъ короче продолжительность болѣзни, тѣмъ незначительнѣе потеря въ вѣсѣ мозга и обратно. с) Чѣмъ глубже болѣзнь поражаетъ духовную жизнь индивида и чѣмъ меньше способность умственной продукціи больного, тѣмъ больше потери вѣса мозга. 3) Потеря у женскаго пола на одну шестую или 1,6% больше, нежели у мужчинъ. Мы приведемъ здѣсь среднія цифры вѣса мозга для различныхъ болѣзней, составленныя авторомъ по Parchapp'у, Meynert'у, Amadei и своимъ цифровымъ даннымъ:

		PARCHAPPE.		MEYNERT.		AMADEI.		BARTELS.	
		Число.	Вѣсъ.	Число.	Вѣсъ.	Число.	Вѣсъ.	Число.	Вѣсъ.
Манія . . . . .	м.	9	1476	5	1405	—	1404	27	1423
	ж.	7	1293	13	1214	—	1226	32	1288
Меланхолія . . . .	м.	14	1427	11	1312	—	1395	74	1437
	ж.	8	1298	9	1258	—	1213	95	1284

		PARCHAPPE		MEYNERT.		AMADIE.		BARTELS.	
		Число.	Вѣсь.	Число.	Вѣсь.	Число.	Вѣсь.	Число.	Вѣсь.
Періодическое сум.	м.	—	—	—	—	—	1418	23	1446
	ж.	—	—	—	—	—	1254	15	1255
Wahnsinn . . . .	м.	—	—	—	—	—	1352	115	1416
	ж.	—	—	—	—	—	1336	62	1263
Параличъ . . . .	м.	76	1345	24	1258	—	1300	276	1353
	ж.	23	1193	7	1099	—	1075	44	1185
Delirium acutum .	м.	—	—	—	—	—	—	5	1389
	ж.	—	—	—	—	—	—	2	1325
Эпилепт. помѣшат.	м.	14	1461	7	1270	—	1296	70	1421
	ж.	3	1148	1	1072	—	1185	32	1231
Идіотизмъ . . . .	м.	—	—	—	—	—	1297	27	1335
	ж.	—	—	—	—	—	1114	18	1194
Вторичн. слабоуміе	м.	15	1297	31	1288	—	1333	181	1408
	ж.	30	1152	11	1102	—	1114	124	1263
Dementia senilis .	м.	—	—	—	—	—	—	12	1359
	ж.	—	—	—	—	—	—	6	1200

К. Н. Ковалевская.

**Prof. Munk.** Изслѣдованія щитовидной железы (Untersuchungen ueber die Schilddrüse. Neurologisch. Centralblatt, № 22).

Авторъ перевязывалъ у нѣкоторыхъ собакъ сосуды обонихъ долей щитовидной железы, не вынимая послѣднихъ изъ ихъ капсулы. При этомъ животныя оставались совершенно здоровыми. При экстирпации этихъ железъ чрезъ нѣсколько недѣль, онѣ оказывались уменьшенными. Эксперименты автора на шести обезьянахъ показали, что экстирпация железы вызываетъ только фибриллярныя сокращенія и клоническія и тоническія судорги,—микседема же и кретинизмъ являются не необходимымъ послѣдствіемъ экстирпации щитовидной железы, а только случайнымъ явленіемъ.

А. П. Драгомановъ.

**Prof. Forel.** Анатомическія разсужденія и данныя относительно головного мозга (Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse, Archiv f. Psychiatr. B—d XVIII, H. 1).

Проф. Forel провѣрялъ изслѣдованія Golgi и подтверждаетъ ихъ,—въ общемъ они состоятъ въ слѣдующемъ: 1) протоплазматическіе отростки клѣтокъ оканчиваются слѣпо, они никогда не анастомозируютъ и не представляютъ фибриллярнаго строенія; 2) каждая узловая клѣтка униполярна, т. е. она оканчивается только однимъ фибриллярнымъ или нервнымъ отросткомъ; 3) этотъ нервный отростокъ не представляется неразвѣтвленнымъ, какъ полагалъ Deiters, а, напротивъ, всегда развѣтвляется. Нервный отростокъ, какъ и вѣтви его, отличается отъ протоплазматическаго отростка гладкимъ и равномернымъ видомъ по своимъ краямъ; 4) существуютъ двѣ категории узловыхъ клѣтокъ: а) первыя клѣтки—клѣтки Golgi или Deiters'a, у которыхъ нервный отростокъ, по отдачѣ большаго или меньшаго количества боковыхъ вѣточекъ, переходитъ въ мозговое волокно,—б) вторыя клѣтки—нервные отростки которыхъ обращаются въ фибриллярныя сплетенія и не превращаются въ нервное волокно; 5) Golgi доказалъ, что линія волокна изъ бѣлаго вещества переходитъ въ сѣрое и непосредственно развѣтвляются тамъ въ сплетенія волоконъ. По его мнѣнію, какъ эти, такъ и отростки обоихъ категорій клѣтокъ, анастомозируютъ въ одной общей сѣти. На основаніи этого Golgi устанавливаетъ теорію, что клѣтки первой категории моторныя, а второй—чувствительныя. Протоплазматическіе отростки, по Golgi, повидимому, стоятъ въ связи съ питаніемъ клѣтки, на что указывалъ уже и Meynert.

*Я. А. Давыдовъ.*

**Dr. Friedmann.** О прогрессивныхъ измѣненіяхъ узловыхъ клѣтокъ при воспаленіи, а также объ активныхъ измѣненіяхъ въ осевыхъ цилиндрахъ. (Archiv f. Psychiatrie, B. XIX, H. 1).

Авторъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: появленіе многоядерныхъ узловыхъ клѣтокъ рѣзкоочерченной пирамидальной формы недостаточно доказано предъидущими изслѣдованіями; многоядерные же большіе круглые элементы при воспаленіи сѣраго вещества довольно нерѣдки. Стадій каріокинеза равно какъ и появленіе ядеръ на периферіи клѣтокъ точно не установлены, пока эти клѣтки сохраняютъ свою форму. Источникомъ ошибокъ объ измѣненіяхъ узловыхъ клѣтокъ при ихъ перерожденіи служатъ

большіе юные элементы, находящіеся совмѣстно съ клѣтками въ перипеллюлярныхъ пространствахъ. Раннія активныя измѣненія болѣе тонкаго строенія пирамидальныхъ клѣтокъ мозговой коры могутъ быть доказаны: измѣненіемъ въ рисунокѣ, въ видѣ прекрасной сѣтчатки съ большими петлями, вмѣсто полосчатости, — кромѣ того субстанція клѣтокъ становится свѣтлою и ясною, вслѣдствіе исчезновенія диффузной основной окраски, — одновременно же съ этимъ происходитъ компликація въ ядрахъ. — Скоро также происходитъ измѣненіе формы, при чемъ гангліозныя клѣтки переходятъ въ большіе круглые ядрообразные элементы, въ которыхъ въ изобиліи происходитъ дѣленіе ядеръ, подвергающихся затѣмъ обратному развитію. Не всѣ узловыя клѣтки способны къ явному активному измѣненію, — наилучше доступны этому измѣненію круглыя клѣтки, а наименьше вполне развитыя клѣтки корки; особенно же трудно констатировать эти состоянія на большихъ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга при травматическомъ міэлитѣ. Гомогенныя измѣненія вещества гангліозныхъ клѣтокъ есть регрессивный процессъ, — тѣ же измѣненія въ соединительно-тканыхъ клѣткахъ протекаютъ съ одновременной пролифераціей. Переходъ активныхъ измѣненій на осевые цилиндры не доказанъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Dr. Dietz.** Душевные болѣзни въ арміи въ мирное и военное время (*Geistestörungen in der Armee in Frieden und Krieg, Zeitsch. f. Psych.*, 1887, Н. 2—3).

Авторъ сравниваетъ статистическія данныя о заболѣваніи душевными болѣзнями лицъ военныхъ и невоенныхъ, при чемъ оказалось, что процентъ заболѣванія душевными болѣзнями у военныхъ одинаковъ съ невоенными. Это однако не значитъ, чтобы военная служба не оказывала дурного вліянія на душевную дѣятельность лицъ военного сословія. Напротивъ, она вліяетъ, и вліяетъ очень дурно. Нужно помнить, что въ военной службѣ служатъ лица самаго благопріятнаго возраста, именно отъ 20 до 30 лѣтъ, и при томъ на выборъ крѣпкіе и здоровые. И если эти лица заболѣваютъ одинаково съ остальными, то естественно, что служебныя условія вліяютъ на нихъ нехорошо. Наибольшее число заболѣваній падаетъ на декабрь и январь перваго года службы. Наборъ, обыкновенно, бываетъ въ ноябрѣ. Тяжелыя условія службы, перемѣна существованія, разлука и проч. уже въ первые мѣсяцы

сваливаетъ тѣхъ, кто носилъ въ себѣ предрасположеніе къ заболѣванію. Натуры же болѣе крѣпкія, выдержавшія первый натискъ неблагоприятныхъ условій, сваливаются въ іюнѣ, подъ вліяніемъ, присоединяющихся ко всему остальному, сильныхъ жаровъ. Что же касается учащенія заболѣваній въ пятый и шестой годы службы, то авторъ объясняетъ ихъ тѣмъ, что съ годами силы падаютъ, а нравственные невзгоды и отвѣтственность по службѣ повышаются, почему неустойчивые организмы не выдерживаютъ и подвергаются заболѣванію психозомъ. Въ виду этого авторъ рекомендуетъ, чтобы новобранцы доставляли свой *curriculum vitae* отъ народныхъ учителей, священниковъ и проч., дабы врачи, по ихъ наслѣдственности и особенности характера, могли ихъ тщательно обследовать. Далѣе, авторъ рекомендуетъ, чтобы при большихъ военныхъ госпиталяхъ были сформированы психіатрическія отдѣленія, гдѣ бы всѣ военные врачи могли поочередно заниматься, подъ руководствомъ специалистовъ психіатровъ. Это дало бы имъ возможность болѣе осмотрительно принимать новобранцевъ и тѣмъ спасать личности и сохранять интересы общества и государства. Что касается пагубнаго вліянія войны, то несомнѣнно она производитъ его, какъ тяжестью трудовъ, такъ и нравственными потрясеніями. У прусскихъ солдатъ даже образовалась пословица: счастливъ тотъ, кто палъ отъ пули, потому что всякій побывавшій на войнѣ человѣкъ, уже не цѣльный человѣкъ. И дѣйствительно, одна война у совершенно до того здоровыхъ людей обуславливаетъ неирастенію,—но вторая, на этой эссенціальной неирастеніи возводитъ уже зданіе психоза.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Berger.** Случай насильственныхъ представленій и насильственныхъ поступковъ у 10-ти лѣтняго ребенка (*Ueber einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem Zehnjährigen Kinde. Archiv für Psychiatrie, B. XVIII, H. 3*).

Авторъ передаетъ слѣдующій интересный случай насильственныхъ представленій и насильственныхъ поступковъ: дѣвочка 10-ти лѣтъ съ сильнымъ наслѣдственнымъ расположеніемъ. Отецъ умеръ пять лѣтъ назадъ отъ паралитического слабоумія, мать очень нервная женщина и часто страдаетъ мигренью. Въ родословной матери встрѣчаются душевные болѣзны. Въ пять лѣтъ болѣзнь имѣла желудочно-кишечный катаръ и вмѣстѣ съ тѣмъ обнаружила крайнюю раздражительность и дважды эпилептиформные приступы. По мнѣнію автора, они

находились въ связи съ катаромъ желудка. Послѣ этого припадковъ болѣе никогда не было. Послѣ скарлатины, кори и оспы, она училась очень хорошо. По поступленіи въ школу она начала дѣлать гримасы, неизмѣющія однако, хореатическаго характера. Сонъ по ночамъ былъ прерывистый. Припадки скоро однако прошли, но чрезъ годъ возвратились. Въ этомъ же году, безъ видимыхъ причинъ, явились насильственные представленія. Она имѣла неотступную мысль — убить свою мать, хотя этого вовсе не хотѣла сдѣлать. Спустя 4 недѣли насильственные представленія явились вновь и опять послѣ утомительной поѣздки и послѣ поздняго возвращенія домой, какъ это было и въ первый разъ. Съ плачемъ она объявила, что теперь ужь непременно она должна убить мать и что эта мысль не даетъ ей покоя. Спустя 6 недѣль леченія, послѣ нравственнаго потрясенія, у нея явилась вновь та же мысль. Приступъ насильственныхъ представленій смѣнился приступомъ насильственныхъ поступковъ — явились прежнія судорги въ глазахъ, лицѣ и мускулахъ головы, кромѣ того повороты всего тѣла нѣсколько разъ на одномъ и томъ же мѣстѣ. Такіе приступы повторялись весь день не только дома, но и на улицѣ. Она часто становилась на порогъ и качалась взадъ и впередъ и когда ее спрашивали зачѣмъ это она дѣлаетъ, — то она отвѣчала, что она должна это сдѣлать, иначе съ ней должно что то случиться. Сонъ больной былъ всегда нехорошъ, за исключеніемъ того времени, когда она начала лечиться водой. При леченіи больной прежде всего удалили ее изъ домашней обстановки, затѣмъ поселили въ мѣстности съ хорошимъ воздухомъ, примѣняли гидротерапію и устранили всякія занятія.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**Dr. Stark.** Объ отношеніяхъ вѣса тѣла при періодическихъ психозахъ. (Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei periodischen Psychosen. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1887 N. 2—3).

Исслѣдованіе вѣса тѣла при меланхоли и мани, произведенныя Esquirol'емъ, Guislain'омъ и Nasse, показали, что въ теченіи болѣзни вѣсъ тѣла этихъ больныхъ падаетъ, при выздоровленіи же онъ покрывается съ излишкомъ. Bailarger и Stiff показали, что при циркулирующемъ сумашествіи въ періодъ депрессіи бываетъ паденіе вѣса тѣла, въ періодъ же экзальтаціи, напротивъ, повышеніе. Эти изслѣдованія подтверждены L. Meug'омъ и Kerp'омъ. Ripping же нашелъ явленія совершенно обратныя. Dittmar и Karrer не нашли никакихъ постоянныхъ отношеній вѣса тѣла къ періодамъ цирку-



лирующаго сумашествія. Авторъ изслѣдовалъ вновь этотъ пунктъ и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе приступъ, тѣмъ быстрѣе и интензивнѣе паденіе, безразлично при маніи, или меланхолиі; 2) чѣмъ продолжительнѣе и свѣтлѣе интервалъ, тѣмъ лучше становится вѣсъ; 3) пониженіе и подъемъ болѣе всего выражены въ началѣ пароксизма и интервала, выравниваніе вѣса между двумя фазами пріостанавливается еще до конца фазы; 4) если другъ за другомъ слѣдуютъ два пароксизма различнаго рода, то отрицательныя колебанія продолжаютъ держаться; 5) комбинированный пароксизмъ понижаетъ весь уровень кривой вѣса; 6) короткіе припадки и малые интервалы мало вліяютъ на волнообразныя движенія кривой вѣса; 7) періоды отрочества и climacterium имѣютъ вліяніе на величину колебаній кривой; 8) чѣмъ больше средній вѣсъ, тѣмъ относительно сильнѣе уклоненія кривой. Вліяніе на вѣсъ тѣла оказываютъ пріемы пищи и ажитация.

*К. Н. Ковалевская.*

**Prof. Fleisch.** Опытъ распознаванія гомологіи fissurae parieto-occipitalis у хищниковъ (Versuch zur Ermittlung der Homologie der Fissura parieto-occipitalis bei den Carnivoren).

Авторъ, на основаніи многихъ своихъ сравнительно—анатомическихъ данныхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Sulcus parieto-occipitalis у низшихъ обезьянъ достигаетъ своей наибольшей величины на выпуклости мозга; 2) Въ мозгу медвѣдя S. parieto-occipitalis расположена въ видѣ развитія средней дугообразной бороздки; 3) Въ мозгахъ хищниковъ съ полнымъ развитіемъ этихъ трехъ дугообразныхъ бороздокъ, fissura parieto-occipitalis отсутствуетъ; 4) развитие S. parieto-occipitalis стоитъ въ непосредственномъ соотношеніи съ отсутствіемъ верхней дугообразной бороздки, измѣненіемъ части въ центральной бороздкѣ и съ обратнымъ развитіемъ sulcus cruciatus.

*П. И. Ковалевскій.*

**Oebeke.** Къ леченію насильственнымъ кормленіемъ душевныхъ больныхъ (Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken, Allg. Zeitsch. f. Psych. 1886, N. 6).

Въ основѣ отказа душевныхъ больныхъ отъ пищи лежатъ или психическія разстройства, или соматическія, какъ страданіе желудка и проч. При леченіи такихъ больныхъ требуется прежде всего уменьшить расходъ ихъ энергіи на движенія, почему рекомендуется такимъ больнымъ постельное положеніе. Что касается кормленія зондомъ, то авторъ рекомендуетъ его

въ крайнихъ только случаяхъ, въ виду опасности отъ несчастій при манипуляціяхъ (прободеніе пищевода и проч.), а также вслѣдствіе того, что этотъ способъ можетъ лечь въ основу новаго бреда. Въ замѣнъ этого онъ горячо рекомендуетъ клистиры *per anum* изъ пептоновъ, особенно пептоны *Kemmerich'a*. Если авторъ прибѣгаетъ къ зонду, то вливаетъ:  $\frac{1}{2}$  метра воды съ 2,0 поваренной соли, 2 литра молока, 1 литръ бульона, 1—2 столовой ложки легуминозы,  $\frac{1}{2}$  бутылки *ahrgwein*, 6 столовыхъ ложекъ портвейна, 6 ложекъ *ol. jecoris*, 8—12 яичныхъ желтковъ, 500 gr. мелко скобленнаго мяса, 60 gtt. *tinc. fer. Radem.* и 10 gtt. *acidi muriat.* Эту смѣсь даютъ 2—3 раза въ день. *Я. А. Давидовъ.*

*Siemens.* О леченіи душевныхъ больныхъ насильственнымъ кормленіемъ (*Ueber die Behandlung der Nahrungsverweigerung der Irren*, *Allgm. Zeitschr. f. Psych.*, 1886, N. 6).

Авторъ полагаетъ, что голоданіе само по себѣ не представляетъ большой опасности и отказъ отъ пищи можетъ быть терпимъ до 14 сутокъ безъ вреда, при дачѣ однако питья. Тѣмъ болѣе это возможно, что отказъ отъ пищи наблюдается преимущественно у меланхоликовъ и ипоходриковъ, у которыхъ обмѣнъ веществъ обыкновенно бываетъ пониженъ. Показателемъ къ насильственному вмѣшательству въ этихъ случаяхъ должно служить появленіе въ мочѣ ацетона. Къ кормленію зондомъ нужно прибѣгать только въ крайнемъ случаѣ. *Я. А. Давидовъ.*

*Dr. Snell.* Легочная чахотка у душевно больныхъ (*Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken*, *Allgm. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1887, 2—3 Н.).

Еще *Esquirol* указалъ на заболѣваніе душевными больными легочной чахоткой и при томъ, что эта болѣзнь падаетъ преимущественно на ступорозныхъ меланхоликовъ. Тоже было подтверждено *Georget*, *Ball'emъ*, *Cullerg'омъ* и др., при чемъ послѣдній указалъ и на то, что кромѣ меланхоліи эта болѣзнь часто еще встрѣчается также при слабоуміи послѣ меланхоліи. При тщательномъ изслѣдованіи вопроса оказывается, что не туберкулезъ предшествуетъ душевному заболѣванію, а наоборотъ. Изслѣдованія автора подтверждаютъ вышеуказанныя данныя какъ въ томъ, такъ и въ другомъ отношеніи.

*З. В. Гутниковъ.*

*Dr. Leven.* Нейрозъ (*La Neurose*).

Подъ именемъ нейроза авторъ разумѣетъ разстройство во всемъ организмѣ, обусловленное заболѣваніемъ нервной си-

стемы. Очень многія болѣзни, рассматриваемыя какъ таковыя, въ сущности ничто иное, какъ проявленіе нейроза. Въ заболѣваніи нейрозомъ принимаетъ участіе вся нервная система, но порядокъ заболѣванія отдѣльныхъ частей ея у различныхъ лицъ неодинаковъ. Такъ, у мужчинъ сначала заболѣваетъ головной мозгъ, потомъ желудокъ и большая кишка; затѣмъ спинной мозгъ и система узловъ; у женщинъ дѣло можетъ начинаться съ узловой системы и переходить къ остальнымъ частямъ. Къ нейрозу авторъ относитъ слѣдующія явленія: диспепсію со всѣми ея проявленіями въ области пищеварительнаго тракта, анемію, ревматизмъ и подагру, а также тучность и исхуданіе. Причину всѣхъ этихъ болѣзней онъ видитъ въ раздраженіи центровъ нервной системы. Патогенія нейроза заключаетъ въ себѣ почти всю остальную патологию и указываетъ на единство патологій человѣческаго организма. Лечение нейроза длится не менѣе года и то при самомъ тщательномъ вниманіи, со стороны врача съ его медицинскими и гигиеническими мѣрами. Для всѣхъ трехъ центровъ нервной системы должна быть примѣнена разумная гигиена и гигиена эта для нихъ неодинакова. Правильное воспитаніе и образованіе головного мозга для такихъ лицъ должно быть, но оно должно проявляться въ такой мѣрѣ, чтобы не вредить развитію спинного мозга и органамъ питанія. Не менѣе необходима и гимнастика для организма; но и она должна находиться въ гармоніи съ умственнымъ развитіемъ и питаніемъ организма и не превалировать предъ ними. Точно также и питаніе организма, какъ функція узловой системы, должно быть въ полной соразмѣрности съ дѣятельностью двухъ вышесказанныхъ функцій. Нейрозъ часто присущъ организму уже въ эмбриональномъ его состояніи, — правильнымъ воспитаніемъ въ такомъ организмѣ очень многое можетъ быть исправлено, — правильное же воспитаніе состоитъ въ соразмѣрномъ развитіи умственныхъ способностей — функція головного мозга, — движеній — функція спинного мозга, и питанія — функція солнечнаго сплетенія. Въ каждый моментъ жизни, мускулы и нервы отдѣляютъ отъ себя угольную кислоту, составныя части урины и воду, которыя прежде служили ея составными частями. Взаимъ этимъ отпавшимъ частицамъ въ организмъ вступаютъ новыя вещества, доставляемыя пищей. Питаніе есть безпрестанное движеніе прихода и расхода, — діета есть покушеніе на жизнь. Составъ тѣла и составъ пищи до нѣкоторой степени долженъ быть идентиченъ. Процессъ пищеваренія преслѣдуетъ одну цѣль — раство-

рять альбуминъ и жиръ, обратитъ въ сахаръ крахмалъ и сродныя вещества. Пищей называется всякое вещество, содержащее всѣ или отдѣльныя вещества, способныя ассимилироваться организмомъ. Животная пища наиболѣе приближается къ составу нашего организма, а потому она удобнѣе всего пригодна для нашего питанія. Рыбы имѣютъ составъ мяса подходящій къ мясу млекопитающихъ. Камбала имѣетъ 68 воды, 7 азотистыхъ веществъ, 1, 7 жировъ и 1, 8 солей. Семга содержитъ 80 воды вдвое болѣе азотистыхъ веществъ и 4, 7 жировъ. Къ этой же группѣ питательныхъ веществъ относятся — молоко, яйца, сыръ. Растительныя вещества болѣе богаты по составу, такъ какъ онѣ содержатъ кромѣ вышеуказанныхъ веществъ еще крахмалъ, дающій сахаръ. Къ преимуществамъ растительной пищи относится еще и то, что она въ нѣкоторыхъ сортахъ содержитъ болѣе бѣлка, чѣмъ животная пища. Располагая въ порядкѣ питательныхъ свойствъ вещества, мы будемъ имѣть: яйца, молоко, чечевицу, бобы и хлѣбъ. Мясо, имѣющее только азотистыя вещества, мало жира и полное отсутствіе крахмала, будемъ занимать мѣсто только за этимъ. Повидимому, для экономіи требуется наиболѣе крахмалистыхъ и сахара, для поддержанія въ тѣлѣ надлежащей температуры. При приѣмѣ пищи нельзя руководствоваться требованіями только нашего аппетита, потому уже, что у нѣкоторыхъ больныхъ его никогда не бываетъ, — а во 2 и потому, что аппетитъ бываетъ иногда такъ капризенъ, что, руководствуясь его прихотями, приходилось бы иногда принимать въ пищу завѣдомо вредныя вещи. Въ приѣмѣ пищи нужно отличать химическое ея дѣйствіе и вліяніе на нервы желудка. Для химика достаточно вносить въ желудокъ такое же количество и качество пищевыхъ веществъ, какое потребляется организмомъ въ данную единицу времени, — для клинициста же этого не достаточно. По автору мясо имѣетъ особенное вліяніе на солнечное сплетеніе, отражающееся на дѣятельности мозга. Если бы субъектъ принималъ одну растительную пищу, то хотя бы организмъ его питался и лучше, тѣмъ не менѣе умственная дѣятельность представляла бы меньше энергіи и мускулы обнаруживали бы меньше бодрости. Не всѣ виды мяса въ одинаковой степени возбуждаютъ нервную систему, — болѣе другихъ возбуждаетъ бычачье мясо и наименѣе рыбное. Между ними стоитъ телятина и баранина. Молоко, яйца и растительная пища не возбуждаютъ нервной системы и оставляютъ ее въ покоѣ. Исключительное употребленіе молока вы-

зываетъ недостаточное раздраженіе сплетенія и потому можетъ само по себѣ повести къ нейрозу. Выводъ тотъ, что не должно держаться исключительнаго режима. Исходя изъ того положенія, что анемія есть слѣдствіе, а не причина раздраженія нервной системы, авторъ отрицаетъ прежній режимъ. Ошибка думать, что большое количество мяса, яицъ, минеральныхъ желѣзныхъ водъ придадутъ полноту тѣлу,—напротивъ, они будутъ способствовать исхуданію его. Всѣхъ страшитъ анемія. Стараются ее уничтожить мясомъ, желѣзомъ, виномъ и проч.,—но, вмѣсто пользы, излишкомъ употребленія всѣхъ этихъ веществъ еще болѣе раздражается нервная система.—Авторъ противъ гидротерапіи, особенно противъ холодныхъ обливаній,—если же онъ и допускаетъ души и обливанья, то только кратковременныя и относительно теплыя. Въ курортахъ помогаютъ не воды и слишкомъ героическое леченіе, а перемѣна климата и обстановка,—причемъ болѣзнь по возвращеніи больныхъ домой восстанавливается съ новой силой. При нейралгіяхъ авторъ признаетъ пользу не большихъ мусшекъ и легкаго массажа.—При леченіи желудочныхъ нейрозовъ авторъ рекомендуетъ промываніе желудка, но умеренно и рационально. Авторъ считаетъ весьма нерациональнымъ постоянное пребываніе дѣтей на свѣжемъ воздухѣ ежедневно и при томъ въ полуголомъ видѣ, слѣдя модѣ иностранцевъ, не смотря на погоду, съ цѣлью закалить дѣтей противъ простуды и непогоды. Напротивъ, ребенокъ, какъ и старикъ, въ непогоду долженъ быть закутанъ и сидѣть дома. До 5 лѣтъ ребенокъ долженъ среди дня около 2 часовъ лежать въ постели, все равно будетъ ли онъ спать, или только лежать. Выходить ежедневно на воздухъ нѣтъ никакой необходимости, потому что рѣзкій воздухъ открытыхъ пространствъ дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ и, повторяясь ежедневно, можетъ вызвать болѣзнь. Только съ семи лѣтъ можно ребенку позволить долго находиться на воздухѣ и даже въ непогоду. Но особенно нужно въ это время слѣдить за пищей. Пища перваго года должна состоять въ молокѣ и кашахъ, во второй годъ можно прибавить яйца и мучнистыя вещества. Никто не умираетъ отъ голода, но многіе отъ избытка пищи. Съ 6 или 7 лѣтъ нужно развивать у дѣтей нравственное чувство, такъ какъ будущее здоровье индивида будетъ зависѣть отъ его нравственности, потому что будущій развратникъ разоритъ свое тѣло и душу. Для воздержанія отъ излишествъ, злоупотребленій и безнравственности, авторъ рекомендуетъ религіозное воспитаніе.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Bourneville.** О температурѣ при Status epilepticus. *Le Progres medical*, 1887 г.

На основаніи многочисленныхъ и точныхъ клиническихъ изслѣдованій, авторъ пришелъ къ выводу, что отдѣльные приступы эпилепсiи всегда сопровождаются повышеніемъ температуры отъ нѣсколькихъ десятыхъ и до градуса и даже полутора градуса; цѣлая же серія таковыхъ приступовъ вызываетъ тоже поднятіе температуры и въ тѣхъ же границахъ. Противъ этихъ изслѣдованій сдѣланы были возраженія со стороны Dr. Witkowsk'аго. Въ отвѣтъ на эти возраженія Dr. Bourneville представилъ новыя изслѣдованія вполне подтвердившія его вышеуказанные выводы. Относительно *etat de mal* или то, что мы называемъ Status epilepticus, Witkowski полагаетъ, что они начинаются сначала повторными постепенными припадками, которые за тѣмъ только переходятъ въ Status epilepticus. Dr. Bourneville отвѣчаетъ, что это положеніе вѣрно только для нѣкоторыхъ случаевъ, въ другихъ же приступы начинаются внезапно и температура поднимается до 40 и болѣе градусовъ. По мнѣнію Dr. Bourneville'я, Witkowski ничего не добавилъ новаго къ имѣющимся свѣдѣніямъ, особенно къ опубликованнымъ авторомъ. По Bourneville'ю это состояніе характеризуется слѣдующимъ: 1) непрерывнымъ повтореніемъ припадковъ; 2) въ разнообразной степени коллапсѣ, могущимъ дойти до полной сопы безъ свѣтлыхъ промежутковъ; 3) болѣе или менѣе полною и проходящею гемиплегіей; 4) учащеніемъ пульса и дыханія; 5) въ особенности же высокой температурой, высокое состояніе которой не понижается въ свѣтлые промежутки и даже усиливается при ихъ окончаніи. Bourneville въ Status epil. различаетъ два періода: періодъ конвульсивный и періодъ менингитическій. Состояніе это оканчивалось или смертію въ менингеальномъ періодѣ, — или же выздоровленіемъ. Температура въ этомъ состояніи представляетъ два повышенія одно меньшее, соответствующее конвульсивному періоду, и другое большее — менингеальному. Первые работы Bourneville'я въ этомъ отношеніи относятся къ 1869 г. въ *Bullet. de la société anatomique*. *П. И. Ковалевскій.*

**Dr. Paris.** Замѣтка о случаѣ атаксизма (*Note sur un cas d'ataxisme*, *Arch. de Neurolog.* № 41).

Авторъ передаетъ слѣдующій весьма интересный случай атаксизма у идиотки Г. Больная — племянница идиотки, дочь индивида съ недостаточными умственными способностями, младшая сестра

ребенка, умершаго отъ менингита. 6-ти мѣсяцевъ у нея были конвульси. Съ 5-ти лѣтъ она уже нечистоплотна, ѣла свои экскременты и предавалась порочнымъ привычкамъ. Стремленіе къ исправленію вызывало съ ея стороны взрывы гнѣва. Черепъ ея гидроцефаличный. Strabismus convergens. Зрѣніе очень понижено: она видитъ только яркіе предметы и то только на близкомъ разстояніи. Зубы неправильны,—небо увеличено. Слухъ хорошо развитъ. Нижнія конечности плохо развиты и плохо работаютъ. Рѣчь отсутствуетъ. Она крайне раздражительна. Туловище ея раскачивается взадъ и впередъ. У нея эпилептиформные припадки. Эта дѣвочка, безъ рѣчи и всякаго сознанія, четыре года назадъ начала напѣвать и дѣлаетъ это до сихъ поръ. Напѣвы ея очень милы, всегда одни и тѣже и слѣдуютъ всегда въ одномъ и томъ же порядкѣ. Это напоминаетъ случай Morel'я о внукѣ и сынѣ барабанщика—идіотѣ: когда ему подали барабанъ, то онъ съ перваго раза сыгралъ дробь. Дѣвочка слышала поющими мать и отца. Авторъ полагаетъ, что G. родилась съ наследственными музыкальными способностями и представляетъ явленіе атаксизма.

### 3. В. Гутниковъ.

**Dr. Seglas.** Меланхолія съ тоской, сопровождаемая бредомъ отрицанія (Melancolie anxieuse avec délire de négations, *Progres medical*, № 46).

Въ 1882 году Cotard описалъ особенную форму болѣзни, подъ именемъ бреда отрицанія. Второй случай въ этомъ же родѣ описанъ въ 1884 г. авторомъ, который въ настоящее время описываетъ еще одинъ подобный случай. Дѣло идетъ о женщинѣ 50-ти лѣтъ, у которой сначала явились приступы тоски, подозрительность, ипохондрический бредъ и полная покорность своему состоянію. Вскорѣ къ этому, въ формѣ приступа, присоединился бредъ отрицанія. Придерживаясь обще-европейской классификаціи, онъ полагаетъ, что этотъ случай слѣдуетъ отнести къ формѣ *paranoja secundaria*. (Добавимъ, что въ 1886 году случай бреда отрицанія былъ описанъ д-ромъ Раевскимъ въ Архивѣ психіатріи).

### 3. В. Гутниковъ.

**Dr Martineq.** Бредъ въ четверомъ (Délire a quatre, *Annal. medico-psychol.*, № 3).

Дѣло происходило въ семьѣ, состоящей изъ отца, матери, двухъ сыновей и трехъ дочерей. Сыновья и одна дочь жили внѣ семьи,—остальные же четверо жили вмѣстѣ. Отецъ, 70 л., былъ человекъ крѣпкій, безъ наследственности, честный тру-

женикъ и всѣми уважаемый гражданинъ. Мать, пожилая женщина, ослабленная многочисленными родами и вообще достаточно истощенная. Старшая дочь, Аманда, 32 л., младшая, Элиза, 29 л. Всѣ они были здоровы, не нервны и существовали честнымъ заработкомъ. Дѣло у нихъ шло прекрасно до 1881 г.; у Элизы въ это время вдругъ явилось измѣненіе въ характерѣ. Она стала относиться небрежно къ своимъ занятіямъ, стала мрачною и задумчивой. На нее стала находить излишняя религіозность: въ церкви она проводила цѣлыя часы. Къ этому вскорѣ присоединились: мгновенная потеря сознанія, сжатіе въ горлѣ и груди, неудержимая зѣвота, неестественный голодъ, мерцанье въ глазахъ и *globus hystericus*. Въ это время ее часто приносили изъ церкви безъ сознанія и въ нервномъ припадкѣ. Затѣмъ наступило почти постоянное возбужденіе съ мистическимъ бредомъ, экстазомъ и галлюцинаціями всѣхъ органовъ чувствъ. Это состояніе истерическаго, маниакальнаго возбужденія чередовалось съ болѣе покойнымъ бредомъ, во время котораго она обнаруживала систематическій бредъ о преслѣдованіи, основанный преимущественно на слуховыхъ галлюцинаціяхъ. Ей казалось, что на нее кричатъ, грозятъ ей, пророчатъ ужасныя предсказанія. Естественно, все это ее страшно возбуждало и она становилась очень опасною. Она полагала, что надъ нею колдуютъ. Душатъ ее за горло. Надъ ней тяготѣетъ злой рокъ. Она одержима злымъ духомъ и душа ея принадлежитъ бѣсу. Ей казалось, что на нее дѣйствуютъ на разстояніи, какъ бы электричествомъ. Она видѣла страшныя лица преслѣдователей и колдуновъ. Это болѣзненное состояніе младшей дочери тяжело отозвалось на всей семьѣ. По невѣжеству и суевѣрію, они повѣрили, что ихъ дочь дѣйствительно одержима бѣсомъ. Болѣе всего ихъ убѣдилъ въ этомъ слѣдующій фактъ. Однажды Элиза была очень возбуждена. Отецъ, мать и старшая дочь, очень испугавшись ея буйства, забрались на чердакъ и подняли туда же лѣстницу. Но Элиза подпрыгнула и 8 футовое разстояніе для нея какъ бы не существовало. Она моментально очутилась на чердакѣ. Ну какъ же это не бѣсъ!.. Да этого мало. По словамъ отца, даже сама кошка ихъ была одержима бѣсомъ, такъ какъ и она прыгала и плясала. Дѣло однако этимъ не ограничилось. Аманда, глубоко потрясенная всѣми этими сценами, обнаружила ту же болѣзнь, что и Элиза. Сначала наступили судорожные приступы, а далѣе и систематизированный бредъ. Ее также начали преслѣдовать кол-



дуны, страшныя лица которыхъ она видѣла на стѣнахъ и голоса слышала на чердакѣ. Однимъ словомъ, несчастныя дѣвушки начали бредить въ унисонъ, имѣли тѣ же галлюцинаціи и тоже возбужденіе. Въ виду этого Элизу помѣстили въ больницу, гдѣ она пробыла восемь мѣсяцевъ, совершенно оправилась и возвратилась домой здоровой. Въ ея отсутствіи совершенно выздоровѣла также и Аманда. Такъ прожили всѣ благополучно четырнадцать мѣсяцевъ. Но затѣмъ у Элизы явились всѣ симптомы прежняго систематизированнаго бреда преслѣдованія. За ней заболѣла Аманда,—а чрезъ нѣсколько дней и мать и отецъ. Теперь они представляли дружный квартетъ, съ тою разницею, что отецъ и мать не имѣли зрительныхъ галлюцинацій. Къ бреду дочерей, у отца и матери явились даже добавленія. Имъ казалось, что они знаютъ преслѣдователей Элизы и что эти преслѣдователи угрожаютъ и имъ. Это были колдуны, прятавшіеся вдали и дѣйствовавшіе на разстояніи посредствомъ физической дѣявольщины, чтобы погубить ихъ. Всѣ четверо они слышали удары молотами и ломами въ стѣны, которыя колдуны хотѣли разрушить. Также ясно они слышали царапанье по мебели и страшный шумъ паденія большого дерева, брошенный на ихъ домъ, съ цѣлью разрушить его. Часто охваченные паникой, они выскакивали изъ дому, звали на помощь и отчаянными жестами выражали свой страхъ. Ночью они часто просыпались, браня невидимыхъ для отца и матери, но видимыхъ для Элизы и Аманды, существъ. Эти существа бродили вокругъ дома съ оружіемъ. Квартетъ вооружался палками и ружьями и выскакивалъ изъ дому, готовый къ яростной самозащитѣ. Однажды они услышали сильный шумъ на чердакѣ, шаги и удары молотомъ въ потолокъ. Тогда они вскочили, вооружились палками и ружьями, и, предводительствуемые Элизой, которая одна ясно видѣла нападающихъ, бросились по направленію этого шума, съ угрозами и вызовами къ своимъ преслѣдователямъ. „Гдѣ эти каналы, которые смѣются и угрожаютъ намъ,“ кричалъ отецъ съ пѣной у рта отъ ярости, лихорадочно сжимаемая ружье. „Если бы я ихъ увидѣлъ, я бы живо съ ними покончилъ. Но они прячутся, трусы. Они никогда не смѣли показаться мнѣ“. — Элиза опять взята была въ больницу. Остальные трое переселились изъ заклятаго дома и совершенно оправились. У нихъ осталось одно только убѣжденіе, что все это произошло „съ глазу“.

*К. Н. Ковалевская.*

**Jules Christian.** Къ вопросу объ этиологiи общаго прогрессивнаго паралича у мужчинъ (Archives de Neurologie, 1887 г., № 41).

Авторъ изслѣдовалъ 340 случаевъ общаго прогрессивнаго паралича съ точки зрѣнія этиологiи этого заболѣванiя и приходитъ къ нѣкоторымъ выводамъ, идущимъ, до известной степени, въ разрѣзъ съ общепринятыми воззрѣнiями на этотъ вопросъ и отличающимися нѣкоторою оригинальностью. Вотъ, вкратцѣ, всѣ его выводы изъ упомянутыхъ наблюденiй: процентное отношенiе прогрессивныхъ паралитиковъ къ общему числу душевно больныхъ въ Шарантонѣ остается, въ теченiи 10 лѣтняго промежутка времени, одинаковымъ и этимъ намекаетъ, что заболѣванiе остается, приблизительно, одинаковымъ въ своей распространенности. Наибольшая частота случаевъ относится къ возрасту отъ 40 до 50 лѣтъ, падая, вопреки общераспространенному мнѣнiю, преимущественно, на долю женатыхъ людей. Болѣзнь поражаетъ людей всѣхъ профессiй; наибольшее количество больныхъ даютъ торговый и военный классы. Въ вопросѣ наследственности, авторъ опять таки дѣлаетъ выводъ, стоящiй въ противорѣчiи съ общепринятымъ воззрѣнiемъ на характеръ заболѣванiя и придаетъ наследственности въ этомъ случаѣ отнюдь не меньшее значенiе, чѣмъ какое завоевали себѣ и другiя психонервные формы. Алкоголизмъ ставится авторомъ въ число весьма рѣдкихъ этиологическихъ моментовъ, равно какъ и эксцессы in Venere. Lues, какъ таковой, въ этиологiи прогрессивнаго паралича не имѣетъ значенiя, вызывая обыкновенно форму pseudo—paralysis syphilitica, далеко разнящуюся отъ типическаго прогрессивнаго паралича; но, — какъ моментъ, производящiй психическую подавленность, безпокойство, волненiе играютъ большую роль въ ослабленiи организма вообще, а черезъ послѣднее и въ этиологiи общаго паралича. Нѣкоторое значенiе имѣютъ, по мнѣнiю автора, поврежденiя черепа, хотя къ этому моменту и слѣдуетъ, по его словамъ, относиться съ осторожностью. Долговременныя влiянiя жара и холода на организмъ значатъ весьма много въ вопросѣ этиологiи, равно какъ и тяжелыя формы лихорадочныхъ заболѣванiй. Въ противоположность этому значенiе эпилепсiи и tabes'a сводится до minimum'a: автору изъ его 340 случаевъ только дважды пришлось констатировать совпаденiе эпилепсiи и прогрессивнаго паралича. Огромное значенiе придается авторомъ чисто психическимъ моментамъ подавляющаго характера: сильныя огорченiя, страхъ, волненiя, —особенно длящiяся продолжительное время, —вотъ истин-

ная етіологія трактуемаго заболѣванія. Но, вообще, по мнѣнію автора, етіологія паралича неминуемо должна представлять собою въ каждомъ данномъ случаѣ нѣчто собирательное и далеко не правы авторы, стремящіеся свести ее къ какому либо опредѣленному моменту. Всю етіологію можно разбить на 2 категоріи: 1) причины, предрасполагающія къ заболѣванію, т. е. относительная мозговая неустойчивость, приобрѣтенная, или унаслѣдованная и 2) причины, вызывающія болѣзнь,—т. е. все, что влечетъ за собою чрезмѣрное мозговое истощеніе. Идя отсюда далѣе, авторъ выводитъ, что *saedes morbi* есть мозговая сосудистая система, въ которой первое время подъ вліяніемъ аффектовъ развиваются функціональныя разстройства кровообращенія, переходящія затѣмъ, подъ вліяніемъ длительности аффектовъ, въ органическія. Авторъ ссылается, въ подтвержденіе правильности своего возрѣнія, на авторитеты Риндфлейша, Любимова, Маньяна и другихъ.

А. А. Яковлевъ.

**Marandon de Montyel.** Къ вопросу о вѣсѣ мозговыхъ полушарій. (*Annales medico-psychologiques*, 1887, № 3).

Со времени опубликованія Люисомъ своей работы, относительно вопроса о сравнительномъ вѣсѣ мозговыхъ полушарій душевно-больныхъ,—вопросъ этотъ сталъ на очереди въ ученomъ мірѣ вообще. Туринскій проф. психіатріи Morselli, старшій врачъ пріюта Bussola, Seppilli, наконецъ—трактуемый авторъ въ 2-хъ своихъ работахъ: одной отъ 1884 г., основанной на данныхъ 183 вскрытій, другой отъ текущаго времени, обнимающей 377 вскрытій,—пытаются установить болѣе или менѣе вѣроятные статистическіе выводы о связи вѣсового преобладанія того, или другого полушарія съ тѣмъ, или другимъ функціональнымъ состояніемъ психической сферы. Люисъ, основываясь на 37 случаяхъ вскрытій, пришелъ къ выводамъ: лѣвое мозговое полушаріе имѣетъ вѣсовое преобладаніе у психически нормальныхъ особъ; правое преобладаетъ у душевно-больныхъ, оказывая вліяніе на функціональную сторону головного мозга и играя, въ силу этого, роль причиннаго момента помѣшательства. 133 вскрытія Morselli дали слѣдующія цифры: равенство обоимъ полушарій—въ 13 случаяхъ т. е. въ 9,8%; преобладаніе праваго въ 70 случаяхъ т. е. въ 52,6%; преобладаніе лѣваго въ 50 случаяхъ т. е. въ 37,6%; такимъ образомъ, разница въ пользу частоты преобладанія праваго достигаетъ 15%. 390 вскрытій Seppilli дали равенство полушарій въ 56 слу-

\*

чаяхъ т. е. въ 14,3<sup>0</sup>/о; преобладаніе праваго полушарія въ 178 случаяхъ т. е. въ 45,6<sup>0</sup>/о; преобладаніе лѣваго въ 156 случаяхъ т. е. въ 40<sup>0</sup>/о; разница въ пользу частоты преобладанія праваго полушарія достигаетъ 5<sup>0</sup>/о. 377 вскрытій трактующаго автора дали: равенство полушарій въ 91 случаѣ т. е. въ 24<sup>0</sup>/о; преобладаніе праваго въ 151 случаѣ т. е. въ 40<sup>0</sup>/о; преобладаніе лѣваго въ 135 случаяхъ т. е. въ 36<sup>0</sup>/о; разница въ пользу частоты преобладанія праваго полушарія достигаетъ 4<sup>0</sup>/о; 183 вскрытія 1884 года трактующаго автора дали: 106 случаевъ преобладанія праваго полушарія т. е. 59<sup>0</sup>/о; 77 случаевъ — преобладанія лѣваго т. е. 41<sup>0</sup>/о; разница въ пользу частоты преобладанія праваго 18<sup>0</sup>/о. Авторъ выводитъ, на основаніи данныхъ Morselli, Serpilli и своихъ собственныхъ, что данныя отношенія между частотою вѣсоваго преобладанія праваго полушарія надъ лѣвымъ остаются приблизительно равными среди обоихъ половъ. Относительно общаго прогрессивнаго паралича слѣдуетъ замѣтить, что въ немъ вѣсовое отношеніе полушарій измѣняется обратно предъидущему. 183 вскрытія касались: въ 94 случаяхъ — прогрессивнаго паралича, и въ 89 остальныхъ формъ умопомѣшательства. Въ то время, какъ на 94 случая приходилось всего 33 случая преобладанія праваго полушарія, на 89 пришлось его 73. Данныя послѣднихъ вскрытій удостовѣряютъ это въ высшей степени ясно: въ нихъ 177 паралитиковъ дали преобладаніе лѣваго полушарія въ 49,5<sup>0</sup>/о, преобладаніе же праваго въ 36<sup>0</sup>/о. Это, по мнѣнію автора, стоитъ въ зависимости отъ рѣдкости появленія афоніи въ общемъ прогрессивномъ параличѣ. Что касается до разницы въ вѣсѣ полушарій, то авторъ согласно мнѣніямъ Morselli и Serpilli, думаетъ, что разница эта значительна и идетъ возрастающая отъ психозовъ (средняя разница 16 граммъ) къ паралитическому слабоумію (ср. разница 20 граммъ), идіотіи (ср. разница 26 граммъ) и, наконецъ, эпилептическому помѣшательству (ср. разница 62 грамма). Въ дѣлѣ возраста — maximum частоты преобладанія праваго полушарія приходится на 50—60-лѣтній періодъ жизни, уменьшаясь въ частотѣ за этими предѣлами, что, по автору, зависитъ уже отъ преобладанія паралитическихъ измѣненій, затемняющихъ явленія свойственныя психозамъ. Потому, въ дѣлѣ изученія частоты преобладанія праваго полушарія надъ лѣвымъ, въ области психозовъ, слѣдуетъ принимать въ расчетъ больныхъ свыше 60-лѣтняго возраста. Въ области психозовъ, — наибольшая

разница въ вѣстѣ полушарій,—по мнѣнію автора, приходится на психозы, сталкивающіеся со старческимъ слабоуміемъ. Противуположно Люису, рассматривающему относительно большій вѣстѣ праваго полушарія, какъ причинный моментъ помѣшательства, — авторъ смотритъ на него, какъ на результатъ общей болѣзнетворной причины и единственнымъ отличіемъ мозга здоровыхъ (психически) субъектовъ отъ мозга психически поврежденнаго — ставитъ, вѣстѣ съ Италіанскими психіатрами, болѣе значительную вѣсовую разницу полушарій больного мозга.

А. А. Яковлевъ.

**Just. Lucas—Championnière.** Къ ученію объ истеріи у мужчинъ. Аномаліи въ сферѣ чувствительности восточныхъ народовъ. «Эссеау». (Archives de Neurologie 1887. № 40).

Авторъ, ссылаясь главнымъ образомъ на воззрѣнія Beau, указывающаго на одинаковую степень распространенности аномалій чувствительности и, особенно, аналгезій въ мужскомъ и женскомъ полахъ и утверждающаго, что истерія есть болѣзненная форма, общая для обоихъ половъ,—присоединяется, на основаніи своихъ личныхъ наблюденій, къ этому же мнѣнію и приводитъ описанія своихъ двухъ случаевъ истеріи у мужчинъ, гдѣ хотя аналгезія и не имѣла мѣста,—но масса другихъ явленій истерическаго характера,—какъ globus, истерическіе приступы плача, судороги, рвота и т. д. не оставляютъ ни малѣйшаго сомнѣнія въ характерѣ заболѣванія. Ссылаясь затѣмъ на докладъ въ медицинскомъ госпитальномъ обществѣ д-ра Дебова, — касающійся вопроса истерической оваріи, отрицаемой Дебовымъ, какъ таковая, на основаніи того, что болѣзненность при давленіи въ область яичника констатируется у женщинъ и съ экстирпированными яичниками, а также иногда и у мужчинъ, какъ напр. въ данномъ случаѣ,—у одного изъ больныхъ д-ра Дебова,—авторъ присоединяется и къ этому взгляду, удостовѣряя его правильность случаями своего личного опыта. Отсюда авторъ дѣлаетъ предположеніе,—что saedes такъ называемой оваріи есть не ovarium, а plexus abdominalis. Установивъ такимъ образомъ фактъ общности истерическихъ явленій обоихъ половъ,—авторъ дѣлаетъ предположеніе, что истерія, въ сущности, распространена въ значительно болѣе широкихъ предѣлахъ, чѣмъ это думаютъ, — ибо многіе ея случаи совершенно просматриваются, а многіе трактуются неправильно. Напр. чисто истерическія аналгезіи часто смѣшиваются съ необык-

новенно сильнымъ стоицизмомъ. Подобно Веаи, подозревающему въ Муции Сцевола просто истеричнаго съ аналгезіей сожженной руки,—авторъ трактуетъ многіе случаи стоическаго перенесенія операций,—какъ мѣстныя аналгезіи, весьма легко вызываемыя у истеричныхъ различными моментами, напр. страхомъ, волненіемъ, частымъ и глубокимъ дыханіемъ и т. д. Въ бытность автора въ Индіи, онъ имѣлъ случай убѣдиться въ справедливости только что сказаннаго, ибо благодаря весьма сильной распространенности истеріи въ Индіи, аналгезіи встрѣчаются тамъ весьма часто, существуя совершенно свободно рядомъ съ сильно повышенной, противъ насъ, европейцевъ, чувствительностью въ области психики. Авторъ встрѣчалъ случаи трепанациі посредствомъ самыхъ примитивныхъ инструментовъ, при чемъ субъекты, при отсутствіи какихъ либо анестезій,—не обнаруживали ни малѣйшихъ признаковъ боли. Аналгезіей и, вообще, истеріей авторъ объясняетъ и происхожденіе различныхъ кровавыхъ религіозныхъ процедуръ, въ которыхъ мучительнѣйшія операціи сводятся къ нулю экстазомъ и потерей чувствительности. Истеріей же авторъ объясняетъ и фактъ существованія „Эссау“,—нѣчто средняго между религіозными сектами и труппами уличныхъ фокусниковъ, въ извѣстное время собирающихся на глазахъ многочисленной публики и дающихъ религіозно-акробатическія представленія съ лизаніемъ раскаленныхъ лопатъ, проглатываніемъ гвоздей и живыхъ скорпіоновъ, лежаніемъ на острияхъ кинжаловъ и нанесеніемъ себѣ всяческихъ увѣчій. Приготовленія къ подобнымъ сеансамъ состоятъ, главнымъ образомъ, въ самогипнотизированіи: фиксированіи взоромъ блестящихъ предметовъ, мѣрныхъ ударахъ громадныхъ тамбуриновъ, монотонномъ пѣніи молитвъ и т. д. Наряду съ этимъ производятся сильныя вращенія головы вокругъ вертикальной оси, вдыханіи паровъ роснаго ладана и проч. манипуляціи, доводящія, какъ показываетъ практика, быстро до притупленія чувствительности и, до извѣстной степени, сознанія. На одномъ изъ такихъ сеансовъ, автору удалось наблюдать, какъ внезапно развившійся истерическій приступъ одного изъ участниковъ былъ остановленъ типическимъ способомъ прекращенія приступовъ истерическихъ женщинъ: сильнымъ давленіемъ въ ниже-боковую часть живота. *А. А. Яковлевъ.*

**Dr. Pierre Marie.** Замѣтка по этиологіи эпилепсіи (Note sur l'étiologie de l'épilepsie. Le Progrès medical, № 44).

Большинство авторовъ, писавшихъ объ этиологіи эпилепсіи, первенствующую роль приписывали здѣсь патологической на-

слѣдственности,—авторъ съ этимъ не соглашается, при чемъ свое отрицаніе распространяетъ даже на идіопатическую эпилепсію. Авторъ исходитъ изъ того положенія, что эпилепсія не есть болѣзнь, а только симптомъ какого-то болѣзненнаго состоянія. Каково бы оно ни было, во всякомъ случаѣ оно лежитъ всегда внѣ организма и никогда не бываетъ присуще до зачатія ребенка. Болѣзнь можетъ поразить плодъ до его рожденія, но она никогда не предшествуетъ ему до зачатія. Во всѣхъ, наблюдаемыхъ авторомъ, случаяхъ идіопатической эпилепсіи онъ встрѣчалъ въ дѣтскомъ, второмъ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ приступъ конвульсій, послѣ котораго, спустя нерѣдко очень долгій періодъ времени, появлялись приступы эпилепсіи. Это также встрѣчалось въ огромномъ числѣ случаевъ въ наблюденіяхъ Bougnevill'я. Авторъ ставитъ въ генетическую связь приступы эпилепсіи съ бывшими когда то конвульсіями, что пропускалось безъ вниманія всѣми предшествовавшими изслѣдователями, и производитъ идіопатическую эпилепсію отъ тѣхъ органическихъ измѣненій, которыми обуславливались инициальныя конвульсіи. Такимъ образомъ оказывается, что между травматической эпилепсіей и идіопатической, въ генетическомъ отношеніи нѣтъ разницы. Случаи эпилепсіи послѣ дѣтской гемиплегіи авторъ не относитъ на счетъ органическихъ поражений мозга во 1-хъ, потому что если эти припадки и бываютъ, то часто спустя много лѣтъ послѣ органическаго пораженія и во 2-хъ, потому что во многихъ случаяхъ дѣтскихъ гемиплегій эпилепсія не бываетъ и вовсе. Авторъ вводитъ новый этиологическій факторъ—общую болѣзнь или инфекцію и на ея счетъ относитъ всѣ случаи идіопатической эпилепсіи, какъ юношеской, такъ и пuerperальной. Наслѣдственности авторъ приписываетъ только предрасполагающее значеніе. *К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Vigouroux.** О леченіи и нѣкоторыхъ клиническихъ особенностяхъ Базедовой болѣзни (Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la maladie de Basedow, Progrès medical, № 43).

Авторъ очень рекомендуетъ фарадизацію при леченіи Morbus Basedowі, именно: смоченный широкій Ап фиксируется на задненижней части шеи,—пуговчатый Ка ставится на внутренній край m. sterno-cleido-mastoideus въ уровень съ вѣтвью нижней челюсти, съ такимъ надавливаніемъ, чтобы слышалась пульсація art. carotis,—1,5', или около того. Затѣмъ Ка съ электродомъ 4 □ ст. фарадизуется орбита глаза, вѣки и верх-

ная часть *n. facialis*. За симъ ставится электродъ въ вырѣзкѣ грудной кости, гдѣ токъ берется болѣе сильный. Послѣ этого фарадизуются *m. genio-* и *thyreoideus* во всѣхъ случаяхъ токомъ не особенно сильной интенсивности, чтобы больной могъ удобно выносить его. Послѣ этихъ манипуляцій измѣняютъ направленіе тока въ электродахъ и приступаютъ къ фарадизаціи прекордіальной области. Электродъ ставится въ третьемъ лѣвомъ межреберномъ промежуткѣ около *sternum* и токъ пропускается настолько слабый, чтобы можно было вызвать только легкое сокращеніе *m. pectoralis major*. Вся операція длится 10—12'. Сеансы должны быть не рѣже, какъ черезъ день, а еще лучше ежедневно. Это леченіе дѣйствуетъ благоприятно, но далеко не кратковременно, какъ и всякое леченіе при *Morbus Basedowii*,—именно нужно на это потратить 6—12 мѣсяцевъ и болѣе. При такомъ способѣ позже всего исчезаютъ экзофтальмъ и сердцебиеніе, тогда какъ, по заявленію авторовъ, пользующихъ гальванизаціей, эти симптомы исчезаютъ раньше другихъ. При дѣйствіи на *sympathicus*, авторъ наблюдалъ отливъ крови отъ головы.—Изъ особенностей, наблюдаемыхъ авторомъ при *M. Basedowii* встрѣчались: параличъ и атрофія мускуловъ, которые, по автору, исчезали вмѣстѣ съ другими явленіями болѣзни, при вышеуказанномъ способѣ леченія, почему онъ считаетъ ихъ въ генетической связи съ явленіями *morb. Basedowii*. Кромѣ того авторъ наблюдалъ ложную эдему вѣкъ, которую онъ приписываетъ парезу *oculobicularis* и которая проходила при фарадизаціи этой области.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers.** Объ алкоголизмѣ и его леченія (*Progrès Médical*, № 40).

Докладъ этотъ былъ сдѣланъ на одномъ изъ засѣданій 9-го международнаго конгресса медицинскихъ наукъ въ Вашингтонѣ. Авторъ сообщилъ, что въ древнія времена алкоголизмъ считался самостоятельной болѣзью, въ настоящее же время ему приписываютъ душевное происхожденіе. Съ научной точки зрѣнія алкоголизмъ подчиненъ законамъ, колеблющимся между фізіологическими, психическими и физическими, между которыми главную роль играютъ наслѣдственность, условія обстановки, воспитаніе и питаніе. Есть извѣстное число опредѣленныхъ причинъ, порождающихъ алкоголизмъ. Его выводы: 1, нѣкоторыя условія наслѣдственности, нѣкоторые физическіе и психическіе виды шока имѣютъ послѣдствіемъ алкоголизмъ; 2, болѣзни часто предшествуютъ альтераціи настро-



енія и функцій мозга; 3 нѣкоторыя плохо уравновѣшенныя мозговыя организаціи, задержки развитія мозга и т. д., составляютъ во многихъ случаяхъ предполагаемую явную причину; 4 нѣкоторыя болѣзни имѣютъ, повидимому, склонность переходить въ алкоголизмъ безъ возбуждающей причины. Затѣмъ авторъ напомнилъ, какъ однородны симптомы алкоголизма. Для леченія авторъ предлагаетъ помѣщеніе больныхъ въ госпиталь со строгостью военного распорядка.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers.** Причина и леченіе пьянства (Cause and cure of Inebriety).

Основными чертами алкоголизма служатъ: импульсивность, дегенерація и душевное расстройство. По мнѣнію автора количество пьяницъ представляетъ приблизительно одинъ процентъ между здоровымъ народонаселеніемъ, что собственно будетъ далеко не преувеличеніе, а скорѣе уменьшеніе дѣйствительнаго состоянія,—и это количество годъ отъ году все увеличивается. Очевидно, въ основѣ этого должны лежать какія-то причины и причинъ этихъ существуетъ довольно много. Сюда относятся всѣ факты наслѣдственности, періода дѣтства, воспитанія, развитія, случайностей, болѣзней, чрезвычайнаго напряженія, шока, истощенія, климата, питанія, соціального и физическаго положенія и всѣхъ разнообразныхъ жизненныхъ вліяній. На сто случаевъ пьяницъ, мы получимъ въ 60% наслѣдственный недостатокъ въ нервной организаціи, —изъ нихъ 30% имѣетъ родителей пьяницъ,—20% имѣетъ въ предшествовавшемъ поколѣніи: душевно-больныхъ, эпилептиковъ, преступниковъ, нищихъ, эксцентриковъ,—въ 10%—ревматиковъ и чахоточныхъ. Въ 40%, въ которыхъ наслѣдственность не играетъ роли, 25% начинаетъ пить послѣ серьезной болѣзни, физическаго шока и поврежденія, душевнаго шока и сильныхъ мозговыхъ пертурбацій и т. п. Въ 10% пьянство является слѣдствіемъ климатическихъ условій, питанія и занятій,—и, наконецъ, въ 5% нельзя найти спеціальной причины; но это будетъ собственно просмотръ наблюдателя, который можетъ быть исправленъ болѣе тщательнымъ изученіемъ. Разумѣется, въ огромномъ большинствѣ случаевъ эти причины являются комбинированными. Пьянство однако не всегда является у дѣтей пьяницъ родителей непосредственно,—напротивъ, нерѣдки случаи, когда оно является чрезъ поколѣніе. У такихъ дѣтей унаслѣдуется нервная система со

спеціальною наклонностію къ удовлетворенію себя спиртными препаратами и съ слабымъ сопротивленіемъ къ этого рода искушеніямъ. Дѣти простыхъ пьяницъ могутъ и не быть пьяницами,—но пьянство проявится въ третьемъ поколѣніи. У лицъ, родители которыхъ были дефективные пьяницы, пьянство въ большинствѣ проявляется внезапно и при томъ отъ ничтожныхъ причинъ, наприм. послѣ назначенія вина врачомъ, или даже они заражаются однимъ видомъ того, какъ пьютъ другіе. У дѣтей ревматиковъ, чахоточныхъ и проч. пьянство является безъ всякой видимой причины и это объясняется тѣмъ, что такія лица обладаютъ дефектомъ жизненной энергіи, которую они стараются пополнить искусственно алкоголемъ. Точно таже основа пьянства лежитъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно является послѣ всякаго рода болѣзней, ударовъ и физическихъ и нравственныхъ шоковъ.—Не смотря на всеобщее сознаніе, что пьянство безусловно зло, пьянство однако не уменьшается, а увеличивается. Причиною тому не мало служитъ то обстоятельство, что на пьянство смотрятъ какъ на нравственный недостатокъ или порочную привычку и съ этой ошибочной точки зрѣнія общество принимаетъ мѣры къ искорененію пьянства. Дѣло станетъ на правильную точку зрѣнія только тогда, когда на пьяницу будутъ смотрѣть не какъ на дурного человѣка, а какъ на человѣка больного и опаснаго для общественной безопасности; почему первое дѣло общества принять мѣры къ огражденію общественной безопасности и ограниченію свободы личности, пока онъ не выздоровѣетъ. И можно думать, что наступитъ время, когда всякое общество будетъ имѣть свою инфермерію, куда будетъ засаживаться всякій пьяница по его полное выздоровленіе. Когда пьяницы увидятъ, что общество съ ними не шутитъ, то они сами будутъ обращаться за своимъ спасеніемъ, пока дѣло не зашло слишкомъ далеко. Эта же мѣра сравниваетъ и пьяницу—нищаго и начинающаго кутить сына богатаго семейства и одинаково сохранить обществу цѣлость личности и имущества общественнаго. Главною мѣрою къ искорененію пьянства служитъ устройство лечебницъ—рабочихъ домовъ, гдѣ больные—пьяницы будутъ не только лечимы, но гдѣ и свобода ихъ дѣйствиі будетъ ограничена. Такія заведенія должны быть устраиваемы въ деревняхъ, подальше отъ городовъ и соблазновъ и съ соблюденіемъ строгой военной дисциплины. Помимо лечебнаго, эти учрежденія должны имѣть воспитательное и ремесленно-промышленное значеніе. Авторъ рекомендуетъ, чтобы эти за-

веденія устранивались на счетъ налоговъ на кабаки и трактиры; хотя во многомъ они могутъ окупаться собственной внутренней производительностью. Такіе госпитали должны быть раздѣлены на три категоріи: 1-я для свѣжихъ случаевъ пьянства, которые препровождаются судомъ или поступаютъ добровольно и могутъ быть излечены въ теченіи 1—2 лѣтъ,—2-я, для случаевъ хроническихъ, которые должны оставаться болѣе долгій срокъ времени, отъ 1—3 лѣтъ,—и 3-я для неизлечимыхъ пьяницъ, время пребыванія которыхъ можетъ быть опредѣлено 5—10 лѣтъ, или пожизненно. Для послѣднихъ требуется особенно строго дисциплинарный распорядокъ въ связи съ здоровымъ образомъ жизни.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Crothers.** Атмосферическія вліянія по отношенію къ пьяницамъ (*The Quarterly Journal of Inebriety*).

Авторъ наблюдалъ интересный фактъ, что раздраженіе и большая бессонница у пьяницъ наблюдаются очень часто при быстрыхъ барометрическихъ колебаніяхъ и особенно при слабыхъ атмосферномъ давленіи. Эти явленія одинаково наблюдались у больныхъ всѣхъ классовъ и положеній и проявлялись: бессонницей, наклонностью къ буйству, движенію и наклонностью къ бродяжничеству безъ всякой опредѣленной цѣли, громкимъ и необузданнымъ хохотомъ изъ за пустяковъ, такою же раздражительностью и обидчивостью, потерю аппетита и нѣкоторой депрессіей, невралгическими явленіями, чувствомъ тяжести и полноты, небрежностью и нерадивостью, наклонностью къ изложенію безобразныхъ сценъ пьянства и проч. Часто этому предшествуетъ появленія блеска въ глазахъ, подергиванія въ губахъ съ дрожью и порывистостью движеній. Такіе припадки обыкновенно длятся отъ 12 до 30 часовъ и за тѣмъ постепенно ослабѣваютъ. Часто однако эти приступы заканчиваются опьяненіемъ отъ алкоголя, приносящаго въ заведеніе съ величайшей ловкостью и тайною. Авторъ былъ сильно удивленъ, что эти приступы предшествуютъ и совпадаютъ съ бурей. Слѣдя за барометромъ, авторъ нашелъ, что они вполне соотвѣтствуютъ внезапному паденію барометра и низкому атмосферическому давленію. Продолжительность пароксизмовъ соотвѣтствовала продолжительности этихъ колебаній. Лучшимъ средствомъ въ этомъ случаѣ служитъ дисциплинарные приемы съ отсутствіемъ грубаго насилия.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers**, Коканнй запой (Cocaine Inebriety, The Quarterly Journal of Inebriety, 1887, № 1).

Авторъ изслѣдовалъ случай запойнаго употребленія коканна и приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: Случай запойнаго коканнизма у лицъ, до тѣхъ поръ неупотреблявшихъ алкоголя или другихъ наркотическихъ средствъ, весьма рѣдки. Между различными видами запойнаго пьянства, запойный коканнизмъ въ послѣднее время начинаетъ увеличиваться. Его вредное воздѣйствіе на организмъ тоже самое, какъ и употребленія всякаго другого токсическаго вещества, употребляемаго въ большихъ размѣрахъ. Онъ дѣйствуетъ быстрѣ опія, но и эффектъ его воздѣйствія на организмъ тоже исчезаетъ быстрѣ. Его первое вліяніе болѣе увеселяющее, чѣмъ алкоголя, хотя это вѣрно не для всѣхъ случаевъ. Это возбуждающее дѣйствіе иногда вызываетъ манію, слѣдующую за наркотизмомъ и меланхоліей. Если при меланхоліи давать коканнъ въ большихъ дозахъ, то меланхолическое состояніе можетъ перейти въ маниакальное, — возвращаясь однако со временемъ вновь въ меланхолическое состояніе. Какъ ядъ, коканнъ представляется болѣе опаснымъ нежели алкоголь и опій. Какъ видъ пьянства, коканнизмъ труднѣе излечить и требуется большаго времени для отученія, вслѣдствіе физическихъ и психическихъ осложненій; онъ не долженъ употребляться, какъ замѣна другихъ наркотиковъ, а равно и какъ антидотъ для нихъ. *К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Hughes**. Научный рационализмъ электротерапіи (The Scientific Rational of Ellectrotherapy, Alienist and Neurologist, 1887).

По мнѣнію автора, гальваническій токъ хорошо дѣйствуетъ на гладкія мышечныя волокна при посредствѣ вазомоторнаго механизма и этимъ способомъ онъ является прекраснымъ средствомъ для регулировки кровообращенія въ мозгу. Фарадическій токъ, напротивъ, болѣе примѣнимъ къ раздраженію периферическихъ органовъ — мускуловъ. Химическое проявленіе дѣйствія электричества выражается въ электролитическомъ разложеніи: образованіи кислотъ и ихъ освобожденіи на мѣстѣ позитивнаго электрода и щелочей на мѣстѣ негативнаго электрода. Продукты разложенія являются на мѣстѣ приложенія электродовъ. Это проявляется и при общей электризаціи и служитъ къ выведенію такихъ ядовъ, какъ ртути и проч. Способность электричества свертывать кровь примѣняется при леченіи аневризмы, purpura hemorrhagica, varices, hemophilia и проч. *М. С. Буба.*

**Dr. C. H. Hughes.** Отношеніе нервной системы къ гемофилии, малярійной гематуріи и т. д. (The relation of the Nervous System to Haemophilia, malarial Haematuria etc., *Alienist and Neurologist*, 3, 1887).

На основаніи изслѣдованій автора, при гемофилии не существуетъ ни капиллярныхъ измѣненій, ни измѣненій въ крови, и вся causa morbi состоитъ въ пораженіи центральной дѣятельности вазомоторныхъ центровъ въ видѣ наследственнаго или врожденнаго нейропатологическаго пораженія сосудистой системы. Этимъ отличается гемофилія отъ другихъ формъ геморрагій, гдѣ происходитъ пораженіе или сосудовъ, или состава крови. Фактъ тотъ, что при гемофилии сократительность капиллярныхъ стѣнокъ бываетъ настолько измѣнена, что мѣстами можетъ доходить до полного замыканія просвѣта, при чемъ тогда кровь просачивается сквозь поры этихъ стѣнокъ. Дѣлается это или подъ вліяніемъ мѣстнаго раздраженія, или повышеннаго сердечнаго давленія, или психическихъ явленій. Въ дѣтскомъ возрастѣ это бываетъ у субъектовъ слишкомъ болѣзненныхъ. Такимъ образомъ *modus operandi* заключается въ неправильности кровяного тока, зависящаго отъ неравномѣрной сократительности стѣнокъ капилляровъ.

*М. С. Буба.*

**Dr. Chalmers da Costa.** Нѣкоторыя замѣтки о леченіи умопомѣшательства (Some notes upon the Treatement of Jnsanity, *Journal of Nervous and mental Diseases*, 1887).

Предварительно изложенія своихъ взглядовъ на леченіе, авторъ говоритъ, что во многихъ случаяхъ психозовъ имѣетъ предшествуетъ заболѣваніе соматическихъ органовъ. Одно изъ частыхъ заболѣваній—это запоры, противъ которыхъ онъ рекомендуетъ особенно растительныя слабительныя средства, но еще лучше—движеніе на свѣжемъ воздухѣ, приличный подборъ пищи и массажъ живота. Часто также бываютъ поносы, какъ слѣдствіе запора,—послѣ очищенія желудка слабительнымъ, авторъ рекомендуетъ и здѣсь массажъ живота. Кромѣ того авторъ указываетъ на диспепсію, какъ на явленіе, дурно вліяющее на психическую область и настроеніе духа. При этомъ авторъ предъ пищенпріятіемъ рекомендуетъ назначеніе соляной кислоты, и послѣ пищенпріятія каплю карбовой кислоты съ Bismuth. Въ случаяхъ необходимости въ возбуждающихъ средствахъ, авторъ употреблялъ водку съ питательными веществами, какъ молоко и яйца. Послѣднія

средства онъ употреблялъ при маніи, меланхоліи, во всѣхъ случаяхъ атоніи, особенно при этомъ хорошо вліяютъ ароматическіе спирты. Во всѣхъ этихъ случаяхъ авторъ обращаетъ особенное вниманіе на правильную пищу, особенно онъ рекомендуетъ молоко въ случаяхъ возбужденія, преимущественно же въ активной меланхоліи и маніи, — при меланхоліи же добавляетъ мясную пищу, не только днемъ, но и ночью, особенно молоко, — рядомъ съ этимъ даетъ мясо рыбы, птицы и яйца. Больныхъ меланхоліей, отказывающихся отъ пищи, авторъ кормитъ насильственно, зондомъ. Изъ фармацевтическихъ средствъ авторъ отдаетъ преимущество *ol. jescog aseli*. При начальныхъ стадіяхъ первичныхъ психозовъ, также при вторичномъ слабоуміи, авторъ рекомендуетъ фосфаты, особенно хорошо дѣйствуетъ фосфатъ желѣза. Какъ *tonicum* съ успѣхомъ употребляется хининъ въ малыхъ дозахъ, — очень хвалитъ авторъ *arsenicum*, какъ рестабилизирующее средство. Желѣзо употреблялось преимущественно въ формѣ *ferrum jodatum*. *Digitalis* изрѣдка приноситъ пользу при *mania*, *mania puerperalis* и проч. Иногда прекрасно дѣйствуетъ какъ *tonicum* *nux vomica* въ смѣси съ хиной и желѣзомъ, особенно при меланхоліи и вторичной деменціи; но при этомъ требуется большая осторожность, такъ какъ при этомъ иногда ступоръ внезапно переходитъ въ возбужденіе. Амилъ — нитритъ предупреждаетъ приступы эпилепсін и хорошъ при *melanch. cum stupore*; тоже нитроглицеринъ 1 на 100 частей алкоголя. При меланхоліи авторъ иногда употреблялъ морфій и опій. *Chloral hydral* не бесполезенъ при возбужденіяхъ эпилептиковъ и паралитиковъ. *Urethan* очень хорошее снотворное средство безъ дурныхъ послѣдствій хлорала. Паральдегидъ иногда разстраиваетъ желудокъ, поэтому его лучше употреблять *per rectum* съ желткомъ яйца, или съ *gummi arabicum*. *Cannabis indica* особенно хороша съ бромидами въ состояніи возбужденія и угнетенія. Бромиды особенно хороши при эпилепсін и другихъ формахъ. Кровопусканія и рвотныя авторъ изгоняетъ изъ употребленія въ области психіатріи. *Hyoscin* авторъ рѣшительно не рекомендуетъ. *М. С. Буба.*

**Dr. Lush.** Лечение прогрессивной локомоторной атаксіи разрѣженнымъ воздухомъ по способу Жюно (*On the treatment of progressive locomotor Ataxie with rarefied air, after the Method of Junod, Journal of Nervous and mental Diseases, 1887*).

Авторъ пытался примѣнять при леченіи прогрессивной локомоторной атаксіи разрѣженный воздухъ при помощи аппа-

рата Junod и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: прогрессивная локомоторная атаксія не можетъ быть излечена этимъ способомъ; существующія при этомъ боли могутъ облегчаться; главныя преимущества этого способа состоятъ въ улучшеніи питанія мускуловъ, подвергающихся этому леченію; приостановка атрофій, получаемая при этомъ способѣ, зависитъ отъ облегченія притока питательнаго матерьяла и это дѣйствіе будетъ энергичнѣе при прямомъ воздѣйствіи, нежели при рефлекторномъ чрезъ спинной мозгъ. *М. С. Буба.*

*Dr. Hurd.* Гастрическіе и другіе кризы при общемъ параличѣ. (Gastric, secretory and other crises in general Paresis, Journal of Insanity, 1887).

Терминъ «гастрическіе кризы» былъ обыкновенно придава-  
етъ періодическимъ приступамъ боли въ epigastrii, соеди-  
ненными съ рвотой, головной болью, и, по временамъ, съ без-  
причинной внезапной діарреей, при локомоторной атаксіи.  
При этомъ обыкновенны секреторныя явленія, указывающія  
на существенныя разстройства въ симпатической системѣ. При  
прогрессивномъ параличѣ подобныя явленія, по автору, въ  
литературѣ еще не были никѣмъ указаны. Въ практикѣ  
автора были случаи прогрессивнаго паралича, сопровождав-  
шіеся явленіями со стороны желудка и rectum, а также яв-  
леніями обильнаго слюнотеченія и перспираціи,—въ другихъ  
случаяхъ прогрессивнаго паралича были гастрическія боли съ  
нарушеніемъ дѣятельности сердца, а также съ рвотой и жид-  
кимъ поносомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались: усилен-  
ное отдѣленіе урины, прекращеніе выдѣленія урины, внезапныя  
боли въ мочевомъ пузырьѣ, производящія колющій, задержанія  
урины и урина съ кровью. Еще въ иныхъ случаяхъ силь-  
ныя боли въ генитальной системѣ. Очень частое явленіе при  
этомъ усиленная перспирація общая и односторонняя.

*М. С. Буба.*

*Dr. Baker.* Психическая эпилепсія (Mental Epilepsy, The Medico-  
egal Journal, № 4, 1887).

На основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ приходитъ къ  
слѣдующимъ выводамъ: 1) припадки психической эпилепсіи  
могутъ предшествовать, слѣдовать или замѣнять тяжелые или  
легкіе эпилептические припадки. 2) Припадки эпилептической  
маніи обыкновенно являются неожиданно, безпричинно и со-  
провождаются помутненіемъ сознанія и временной потерей па-  
мяти. Въ продолженіи этого періода субъектъ не отвѣтственъ

за свои поступки. 3) Случается, что эпилептикъ, во время припадка, автоматически продолжаетъ мысль или поступокъ начатый какъ разъ до наступленія припадка. 4) Весьма важно уметь различить припадки настоящей эпилептической маніи отъ проявленія раздражительности и вспыльчивости у эпилептика. 5) Вопросъ объ отвѣтственности эпилептика въ уголовномъ преступленіи долженъ разрѣшаться комиссіей медиковъ экспертовъ, назначенныхъ судомъ для этой специальной цѣли. Эта комиссія должна изслѣдовать больного и дать свое заключеніе до слѣдствія. 6) Психическія расстройства могутъ являться послѣ прекращенія припадковъ и во время леченія, такъ какъ они имѣютъ мало отношенія къ средствамъ вліяющимъ на конвульсіи.

*К. Н. Ковалевская.*

*Dr. Wilmarth.* Замѣтки о патологій идиотизма (Notes on the Pathology of Idiocy, Alienist and Neurologist, 1887).

Авторъ излагаетъ результаты своихъ изслѣдованій въ области патологій идиотизма. Относительно черепа, авторъ наблюдалъ въ двухъ случаяхъ гипертрофію костей черепа, при чемъ въ одномъ случаѣ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кость доходила до  $\frac{1}{2}$  дюйма толщины, — въ другомъ же  $\frac{7}{10}$  д. Въ двухъ другихъ случаяхъ черепъ, напротивъ, былъ слишкомъ тонокъ. — Сращеніе оболочки съ мозговымъ веществомъ — явленіе весьма обыкновенное. Вѣсъ мозга идиотовъ обыкновенно меньше, при чемъ болѣе страдаетъ cerebrum, чѣмъ cerebellum. Болѣе всего страдаетъ лобная доля. — Часто также страдаетъ corpus callosum, такъ въ 3-хъ случаяхъ или въ 10% оно совершенно отсутствовало. Замѣчено также, что если гдѣ либо происходитъ рѣзкое разрушеніе ткани мозга въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, то соотвѣтственное мѣсто corpor. callosi будетъ истончено. — Въ 4-хъ случаяхъ отсутствовала commissura media, — въ одномъ com. posterior. Insula Rheilii былъ открытъ, вслѣдствіе недоразвитія центральной доли, почти во всѣхъ 30-ти случаяхъ. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ отсутствовали: corpor. callos. и комиссуры, отсутствовала также связь между оптическими нервами, при чемъ у такихъ дѣтей наблюдалось иногда касоглазіе и геміонія. Sulc. parieto-occipit. отсутствовала въ 10-ти случаяхъ, при чемъ въ 5 на обѣихъ сторонахъ. Sulc. interparietalis шла непрерывно въ 8-ми случаяхъ на одномъ полушаріи и въ 7 на обѣихъ. Sulc. Rolandii соприкасалась съ Sulc. fossae Sylvii въ 3-хъ случаяхъ на одной сторонѣ и въ 4-хъ на обѣихъ. Всѣ вертикальныя бороздки бываютъ у идиотовъ рѣзко выражены, — рѣзче, чѣмъ остальные.

*М. С. Буба.*



**Dr. C. H. Hughes.** Единственный случай билатерального атетоза. (A unique case of bilaterale Athetosis, Alienist and Neurologist. 1887).

Авторъ описываетъ случай атетоза, интересный въ томъ отношеніи, что онъ является единственнымъ въ своемъ родѣ, именно билатеральнымъ. Дѣло идетъ объ одномъ молодомъ человѣкѣ, который, послѣ страшнаго потрясенія катастрофой на желѣзной дорогѣ, заболѣлъ этой болѣзью. Болѣзнь однако развилась не тотъ часъ, а спустя 9 лѣтъ послѣ катастрофы. Этотъ случай представляетъ собою *unicum* и въ томъ отношеніи, что при этомъ принимаютъ участіе и мускулы лица, чего до сихъ поръ никто не наблюдалъ. Этотъ случай служитъ доказательствомъ, что *athetosis* не всегда является послѣ—гемиплегическимъ исходомъ и не есть послѣ—гемиплегическая хорея. По мнѣнію автора, этотъ процессъ есть результатъ хроническаго дегенеративнаго измѣненія или хронической дегенеративной атрофіи въ двигательной области корки и *corp. striatum*, вслѣдствіе большого мозгового сотрясенія.

*М. С. Буба.*

**Dr. Ewerts.** Дипсоманія, клептоманія, пироманія и т. п. — принадлежатъ-ли къ болѣзненнымъ формамъ умственнаго расстройства (Are Dipsomania, Kleptomania, Pyromania etc. valid. forms of Mental Diseases, *Jurnal of Insanity*, 3, 1887).

Авторъ задается вопросомъ: можно-ли разсматривать импульсы, или страстные явленія, какъ явленія неподдающіяся контролю воли,—можно-ли разсматривать ихъ какъ отдѣльное расстройство умственныхъ способностей, независимое отъ заболѣванія остальныхъ областей? Авторъ трактуетъ эти состоянія, какъ болѣзненные, но не независимыя отъ другихъ ненормальностей, — ибо, допуская мономаніи, какъ самостоятельныя формы, мы должны допустить существованіе самостоятельныхъ мозговыхъ механизмовъ, неимѣющихъ связи съ другими механизмами, чего нѣтъ на дѣлѣ. Въ самомъ дѣлѣ, всѣ дипсоманы, всѣ морфіманы, клептоманы безусловно больны, но ихъ болѣзнь не ограничивается только этой областью, но распространяется и на другія области. Всѣ такіе больные нерѣшительнаго характера, неисполнительны при исполненіи обязанностей, мизантропы и проч. Что касается клептоманіи, то, какъ классъ болѣзни, она безусловно не существуетъ, отдѣльныя же лица являются какъ люди, кото-

рымъ присуща нравственная испорченность. Тоже и по отношенію къ пироманіи авторъ никогда не наблюдалъ ее отдѣльно отъ другихъ симптомовъ душевныхъ болѣзней.

*М. С. Буба.*

**Dr. Kiernan.** Геній не нейрозъ. (Genius not a Neurosis, Alienist and Neurologist, 3, 1837).

Moreau de Tours и нѣкоторые другіе высказали то мнѣніе, что геній есть нейрозъ и во всякомъ случаѣ явленіе ненормальное. Авторъ, пересмотрѣвъ цѣлую массу случаевъ великихъ людей, поэтовъ, ученыхъ, государственныхъ дѣятелей и проч., приходитъ къ тому выводу, что геній часто присоединяется къ нейрозу, но чтобы онъ самъ по себѣ представлялъ аномалію—это идея невѣрная и вредная. Очень многіе изъ великихъ людей имѣли глубокую психо- и нейропатическую наслѣдственность, но ихъ первая система еще была настолько устойчива, что они могли удерживаться въ равновѣсіи и давать великія произведенія. Изъ его работы мы узнали, что Victor Hugo имѣлъ страшную психо-патологическую наслѣдственность и его произведенія какъ „Les misérables“ и L'homme qui rit“ онъ считаетъ не вполне нормальными.

*М. С. Буба.*

**Dr. Harriet.** Параноя у женщинъ (Paranoia in the female, Alienist and Neurologist, 1837).

Эта форма болѣзни, столь же частая у женщинъ, какъ и у мужчинъ, выражается очень часто у первыхъ въ формѣ эротоманіи. У женщинъ болѣзнь гораздо долѣе остается неузнанною, — часто же смѣшивается съ истеріей, — почему, въ сущности, меньшее количество заболѣваній паранойей уравнивается этими неузнанными случаями.

Больные по семейному положенію распредѣлялись такъ:

	м.	ж.
Замужніе, но бездѣтные .....	12	8=20
Безбрачные .....	19	11=30
Женатые, дѣти которыхъ мертворожденные ...	9	2=11
„ „ въ большинствѣ умерли въ дѣтствѣ	18	11=29
„ „ которыхъ пережили дѣтство ...	4	5= 9
	<hr/> 62—37=99	

Авторъ приводитъ таблицу семействъ, въ которой указано количество пережившихъ дѣтство и неперевившихъ дѣтство дѣтей.

Количество дѣтей въ семьѣ.	Количество семействъ.	Количество пере- жившихъ дѣтство.	Умершіе въ дѣт- скомъ возрастѣ.
5.....	3	7	8
6.....	2	5	7
8.....	7	19	37
9.....	8	20	50
10.....	11	31	79
11.....	2	5	17
12.....	1	3	9
13.....	1	2	11
16.....	1	3	13
17.....	1	4	13
22.....	1	3	19
Сумма.....		38	102
			262

Изъ этихъ таблицъ видно, что такія женщины склонны къ брачной жизни и далеко не безплодны; дѣти отъ этихъ браковъ расположены къ нравственному и умственному заботлванію. Параноя у женщинъ болѣе опасна, потому что мать играетъ болѣе серьезную роль въ вопросѣ наслѣдственности.

*М. С. Буба.*

**Dr. Wigglesworth.** Употребленіе гальванизации въ леченіи различныхъ случаевъ помѣшательства (On the use of Galvanism in the Treatement of certain Forms of Jnsanity, Journal of mental Science, N 4).

Авторъ, на основаніи примѣненія гальванизации въ различныхъ случаяхъ психозовъ, приходитъ къ тому выводу, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ гальванизация можетъ дѣйствовать благотворно, хотя этотъ агентъ не способенъ произвести революцію въ отдѣлѣ леченія душевныхъ болѣзней. Во всякомъ случаѣ этотъ способъ можно не безуспѣшно иногда примѣнять въ тѣхъ случаяхъ, которые мы отнесли бы къ безнадежнымъ хроникамъ. Случаи, которые даютъ наиболѣе благопріятные результаты при леченіи гальванизацией—это мозговой ступоръ или торпоръ,—словомъ, случаи, описываемые подъ рубрикой *melancholia attonita* и *dementia acuta*.

*К. Н. Ковалевская.*

\*

**Dr. Ohmann-Dumesnil**, Гипертрихозъ, какъ слѣдствіе общаго нервнаго разстройства (Hypertrichosis, due to general Disease of the Nervous System, *Alienist and Neurologist* N 4).

Извѣстно, что очень многіе случаи пораженія кожи бываютъ слѣдствіемъ общаго нервнаго разстройства. Въ частности таковыми же бываютъ и пораженія волосъ. Въ этомъ отношеніи достаточно указать на случаи внезапнаго посѣдѣнія, alopecia areata и проч. Извѣстны однако случаи и обратнаго свойства. Наблюдали въ хроническихъ случаяхъ сумашествія, особенно у женщинъ, сильное проростаніе волосъ, особенно на лицѣ. Очевидно въ этомъ случаѣ такое проростаніе будетъ проявленіемъ нервнаго воздѣйствія. Авторъ приводитъ интересный подобный случай, когда у одной дамы, имѣвшей до того прекрасную, бѣлую, нѣжную кожу, начали расти волосы на мѣстѣ усовъ и бороды, а также начала желтѣть кожа. Подъ вліяніемъ противунервнаго леченія, уничтожившаго появившуюся нейрастенію, цвѣтъ кожи исправился и волосы выпали. Генезъ гипертрихоза этимъ выразился вполне.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Seguin**, Случай хорей съ копролаліей (Case of abnormal Chorea with coprolalia, *Journal of Nervous and mental Diseases*, 1887).

Авторъ описываетъ слѣдующій случай: больной—крѣпкій 13 л. мальчикъ, безъ конвульсій, безъ патологической наслѣдственности. Въ его семьѣ изъ 10 дѣтей, одинъ ребенокъ умеръ при рожденіи, другой умеръ отъ водянки мозга на 18-мъ мѣсяцѣ жизни, сестра больного съ 8-ми лѣтъ страдала эпилепсіей; 5 лѣтъ назадъ у больного развилась хорей, которая усилилась до того, что ребенокъ недѣлями бѣгалъ и кричалъ,—такъ болѣзнь продолжалась, то улучшаясь, то ухудшаясь. Прошлой осенью больной началъ произносить непристойныя слова, или короткія фразы, при чемъ хорейскія подергиванія продолжались. Эта копролалія прекратилась только за нѣсколько дней до сего дня. Хорей, выражаясь интенсивно во всѣхъ членахъ, очень рѣдко однако захватывала дыхательные органы. Сама хорей представляла особенности въ томъ отношеніи, что она была значительно быстрее, чѣмъ обыкновенно, при чемъ у больного внезапно вылетали звуки и слова, перемежаясь съ подергиваніями. Эти восклицанія не рѣдко состояли изъ двухъ-трехъ словъ, напр.: „мать умерла“, „у Терезы былъ припадокъ“, „проклятье“ и проч. Подъ вліяніемъ ле-

ченія, произнесеніе какъ отдѣльныхъ фразъ, такъ и непристойныхъ словъ прекратилось и больной ограничивался только отрывочными возгласами „heip“ „hah“, которыя вырывались у него какъ бы изъ гортани. Лечение состояло въ употребленіи фосфорныхъ препаратовъ, arsenicum, велерьяны, гіосціамина,—и это его очень облегчило. Авторъ думаетъ, что разстройства рѣчи обуславливались разряженіемъ третьей лобной лѣвой извилины,—а разстройства гортанныя—разряженіемъ третьей лобной правой извилины.

*М. С. Буба.*

## С ъ ѡ с ѡ.

\* *Психіатрическая клиника московскаго университета, имени Абр. Абр. Морозова.* 1-го ноября происходило открытіе Психіатрической клиники московскаго университета, и теперь начнется пріемъ больныхъ въ нее. Въ виду того, что очень многіе обращаются съ просьбою помѣстить въ нее своихъ больныхъ и нерѣдко, по незнанію, обращаются съ такими просьбами, которыя совершенно не могутъ быть удовлетворены, а съ другой стороны, во избѣжаніе напрасныхъ хлопотъ при доставленіи больныхъ въ клинику, доводится до всеобщаго свѣдѣнія тѣ условія, при которыхъ могутъ быть помѣщены больные въ Психіатрическую клинику. Прежде всего приводимъ извлеченіе изъ устава Психіатрической клиники, утвержденнаго Господиномъ Министромъ Народнаго Просвѣщенія, и именно статьи, которыя имѣютъ отношеніе къ этому предмету:

§ 1. Въ Психіатрической клиникѣ, составляющей часть общихъ клиническихъ учрежденій Московскаго университета, полагается 50 кроватей—30 для мужчинъ и 20 для женщинъ.

§ 2. Психіатрическая клиника находится въ непосредственномъ завѣдываніи профессора по предмету душевныхъ болѣзней со званіемъ директора клиники.

§ 6. Директору предоставляется право избирать для пріема въ клинику больныхъ по собственному усмотрѣнію, не ограничиваясь никакими правилами и не стѣсняясь никакими другими отношеніями, а руководствуясь исключительно цѣлями преподаванія.

§ 31. Пріемъ больныхъ происходитъ въ теченіе всего учебнаго года, ежедневно отъ 10 до 12 ч. утра; въ вакаціонное время пріемъ больныхъ прекращается.

§ 32. Въ психіатрическую клинику принимаются больные всѣхъ сословій и состояній съ разнообразными формами душевнаго расстройства, не исключая хроническихъ и неизлѣчимыхъ, но только какъ матеріалъ для изученія и демонстрацій на лекціяхъ а не для продолжительнаго или постояннаго призрѣнія.

§ 33. Больные, признанные уже официально безумными или сумасшедшими и больные, находящіеся на испытаніи, а также всякіе судебные случаи не исключаются отъ пріема; но пріемъ ихъ во всякомъ случаѣ зависигъ исключительно отъ директора, и ни одно административное или судебное мѣсто не имѣетъ права требовать помѣщенія, если больной не соотвѣтствуетъ клиническимъ цѣлямъ, опредѣляемымъ профессоромъ.

§ 34. Больные, принятые съ согласія директора клиники, по распоряженію судебныхъ или административныхъ учрежденій, помѣщаются только на время испытанія или изслѣдованія ихъ, и по окончаніи его должны быть взяты учрежденіемъ, помѣстившимъ ихъ.

§ 35. Всѣ остальные больные принимаются исключительно по прошенію одного изъ родственниковъ, опекуновъ или лицъ приближенныхъ, причемъ отъ лица, помѣщающаго больного, отбираются подписки въ томъ, что оно обязуется по первому требованію клиники немедленно взять больного на свое попеченіе. Если больной иногородный, то въ случаѣ надобности директоръ можетъ требовать, чтобы доставившіе больного указали кого-нибудь изъ московскихъ обывателей, которые бы гарантировали, что всѣ требованія клиники относительно этого больного (какъ-то плата, доставленіе свѣдѣній, выписка больного и т. п.) будутъ выполнены.

§ 36. Такъ какъ больные принимаются для временнаго пользованія, то, въ случаѣ, если помѣстившій больного откажется или не въ состояніи будетъ немедленно взять больного обратно, клиникѣ предоставляется право или перемѣстить больного въ другое психіатрическое учрежденіе, или же передать его на руки мѣстной полиціи для водворенія на попеченіе родственниковъ, причемъ препровождаются и документы, по которымъ больной былъ присланъ.

§ 38. Принятые больные записываются въ конторѣ въ назначенную для этого книгу, и затѣмъ они получаютъ больничную одежду и размѣщаются по палагамъ, согласно назначенію профессора или ассистента. Больнымъ дозволяется впрочемъ съ разрѣшенія директора имѣть свое платье и бѣлье.

§ 39. Собственная одежда больного и всѣ его вещи, при особой запискѣ, передаются кастеляншѣ, для храненія въ особой кладовой, но не принимаются деньги и драгоценныя вещи.

§ 40. Никто не можетъ быть принятъ въ клинику безъ законнаго документа о званіи, за исключеніемъ случаевъ, осо-

бенно трудныхъ; тогда больной принимается тот-часъ-же, а доставившіе его обязываются представить немедленно документы; о больныхъ же неизвѣстныхъ клиникѣ извѣщаетъ полицію.

§ 50. Вполнѣ выздоровѣвшіе больные назначаются къ выпуску директоромъ или ассистентомъ на канунѣ и отпускаются на другой день утромъ.

§ 52. При выпускѣ выздоровѣвшихъ возвращаются имъ принятыя платье и др. вещи; документы же выдаются тѣмъ лицамъ, по прошенію которыхъ были приняты больные и которыми были представлены самые документы.

§ 53. Не выздоровѣвшіе больные при выпискѣ изъ клиники передаются на попеченіе лицъ, ихъ помѣстившихъ, или вообще близкихъ родственниковъ, или же передаются въ другія больницы, назначенныя для психическо-больныхъ.

§ 59. Похороны умершаго принимаютъ на свой счетъ родные или близкіе его, но въ случаѣ смерти совершенно бѣднаго, родные и близкіе котораго не примутъ на себя расходы по погребенію, таковыя принимаются на счетъ клиническихъ суммъ съ употребленіемъ до 5 руб.

§ 60. Платье и другія вещи послѣ умершихъ выдаются въ конторѣ родственникамъ или вообще лицамъ, помѣщавшимъ ихъ въ клинику, или же отсылаются въ тѣ учрежденія, изъ которыхъ они поступили; документы же, съ надписью на нихъ о смерти и погребеніи отсылаются тѣмъ мѣстамъ и лицамъ, отъ которыхъ выданы.

§ 62. Посѣщеніе больныхъ родными и знакомыми можетъ имѣть мѣсто только съ разрѣшенія директора клиники въ особено назначенномъ для этого помѣщеніи и въ опредѣленное время.

Изъ приведенныхъ параграфовъ устава видно, что Психіатрическая клиника, какъ и другія клиники, главнымъ образомъ назначена для преподаванія. Но для того, чтобы она и при малыхъ своихъ размѣрахъ (30 мѣстъ для мужчинъ и 20 для женщинъ) могла выполнить свое назначеніе, необходимо: во 1-хъ, чтобы въ нее помѣщались только такіе больные, которые представляютъ интересъ для преподаванія, и во 2-хъ, чтобы обмѣнъ больныхъ совершался быстро, т. е., чтобы одинъ и тотъ же больной не оставался въ ней слишкомъ долго. Соотвѣтственно этому, при приѣмѣ больныхъ въ клинику будетъ дѣлаться выборъ, и будутъ приниматься исключительно такіе больные, которые соотвѣтствуютъ главной задачѣ клиники,



т. е. цѣлямъ преподаванія. Въ виду этого, чтобы избѣгнуть напрасныхъ хлопотъ при перевозкѣ больного, особенно же, если онъ безпокоенъ, необходимо, чтобы, желающіе помѣстить его, предварительно справились, есть-ли свободныя мѣста въ клиникѣ вообще и въ частности въ томъ отдѣленіи ея, куда по роду болѣзни долженъ быть помѣщенъ больной, и соотвѣтствуетъ-ли болѣзнь его задачамъ клиники. (Руск. Вѣд.).

\* На дняхъ у мирового судьи 4-го уч. С.-Петербургскаго уѣзда (Е. А. Шакѣва) разбиралось дѣло по обвиненію надзирателя больницы св. Пантелеймона для душевно-больныхъ, мѣщанина Розова, въ дурномъ обращеніи съ однимъ изъ ввѣренныхъ его попеченію больныхъ. Дѣло это возникло по заявленію мировому судѣй попечителя надъ больными названной больницы, д-ра Чижа, о томъ, что Розовъ нанесъ душевно-больному Ѳедорову, принадлежащему къ категоріи такихъ больныхъ, за то, что онъ не послушался его приказанія—идти въ свою камеру, такой сильный ударъ, что у того показалась кровь. Въ своемъ заявленіи, д-ръ Чижъ обращалъ, между прочимъ, вниманіе на то, что Ѳедорову уже 70 лѣтъ, и въ виду этого, просилъ подвергнуть Розова высшей мѣрѣ наказанія. Обвиняемый на судѣ утверждалъ, что онъ только слегка толкнулъ Ѳедорова за непослушаніе, но спрошенные свидѣтели подтвердили заявленіе д-ра Чижа во всей его полнотѣ. Мировой судья, принимая во вниманіе, что Розовъ, по самой своей должности, долженъ былъ относиться къ больнымъ сострадательно, призналъ его заслуживающимъ наказанія въ высшей мѣрѣ, и приговорилъ за насиліе надъ душевно-больнымъ къ аресту на 3 мѣсяца, а для пресѣченія ему способовъ уклоняться отъ суда отобрать отъ него видъ на жительство. (С.-Пет. Вѣд.).

\* 25-го октября, въ 4 часа дня, въ домѣ № 29, по Кашниковскому просп., застрѣлился личный почетн. гражданинъ Яковъ Андреевъ Шмидтъ, 21-го года. Самоубійца—сынъ богатаго саратовскаго купца и владѣльца известной паровой мельницы; онъ занимался въ С.-Петербургской конторѣ и магазинахъ своего отца, получая жалованья по 100 руб. въ мѣсяцъ и живя на готовой квартирѣ при конторѣ. Въ будущемъ ноябрѣ Яковъ Шмидтъ подлежалъ призыву къ отбыванію воинской повинности; но, не смотря на свое богатское тѣлосложеніе и отличное здоровье, Шмидтъ сильно боялся солдатчины и всячески старался избѣжать ея. Отецъ

обѣщаль ему купить рекрутскую квитанцію, которая и была уже подѣискана, но сдѣлка не состоялась, кажется, потому, что за квитанцію нужно было заплатить до 15 т. р. „А я такихъ денегъ и самъ не стою“—говорилъ Шмидтъ. Ни по семейному положенію, ни другихъ какихъ-либо льготъ Шмидтъ не имѣлъ и, вообще, всѣ старанія его избѣжать солдатчины не удались. Это его сильно опечалило; послѣ неудачъ онъ сдѣлался задумчивъ; искалъ уединенія, не могъ работать, и такое состояніе его становилось все острѣе по мѣрѣ приближенія срока призыва. 25-го октября съ самаго утра онъ не выходилъ изъ своей квартиры и, не одѣваясь, лежалъ въ постели, развлекаясь чтеніемъ какого-то переводнаго романа. Воспользовавшись моментомъ, когда управляющій конторою и другіе служащіе отправились въ столовую обѣдать, Шмидтъ, стоя по срединѣ своей комнаты, выстрѣлилъ въ себя изъ старенькаго небольшого револьвера, направивъ дуло въ правый високъ; пуля застѣла глубоко, и смерть послѣдовала моментально. Самоубійцу увидѣли на полу, въ лужѣ крови; записки онъ никакой не оставилъ; въ карманѣ у него нашли 190 руб. По заключенію врача, Шмидтъ въ послѣднее время страдалъ меланхоліею. (Нов.).

\* Въ Вятскомъ домѣ умалишенныхъ душевно-больная сломала 6 реберъ другой душевно-больной. (Врачъ, № 2/3).

\* Въ финляндскій сеймъ, по словамъ мѣстныхъ газетъ, внесены, между прочимъ, слѣдующія петиціи: ввозъ въ страну изъ заграницы крѣпкихъ напитковъ долженъ быть совершенно запрещенъ; производство же и продажа вина въ самой Финляндіи должны разрѣшаться правительствомъ впредь исключительно только для нуждъ медицины.

\* 12-го ноября, изъ Преображенской больницы бѣжалъ находившійся тамъ на испытаніи арестантъ, Петръ Васильевъ Костеревъ, 20 лѣтъ, совершившій два года назадъ убійство, въ Сергіевскомъ Посадѣ, торговли со Смоленскаго рынка, Трофимовой. Это уже второй побѣгъ, совершенный Костеревымъ. Въ первый разъ онъ былъ задержанъ агентами сыскной полиціи и вновь арестованъ и препровожденъ въ арестантское отдѣленіе при Преображенской больницѣ.

\* Нѣкто Михаилъ Александровичъ Сазоновъ, потомственный почетный гражданинъ, землевладѣлецъ одной изъ ближайшихъ къ Петербургу губерній, недавно выступилъ въ роли отчасти князя, но преимущественно умиротворителя, спасителя

Болгаріи отъ непрекращающихся въ ней неурядицъ. Сазоновъ человекъ лѣтъ 30, съ хорошимъ образованіемъ, служилъ въ морскомъ министерствѣ и еще недавно возвратился въ Петербургъ изъ путешествія по Европѣ и, главнымъ образомъ, по Франціи. Легкое помѣшательство у него замѣчено было немедленно по возвращеніи его изъ заграницы, настоящее-же сумашествіе констатировано лишь въ послѣднія 2—3 недѣли, такъ что подлежащія власти постоянно за нимъ наблюдали.

Недѣли двѣ тому назадъ, Сазоновъ поселился въ „Grand Hotel“, на М. Морской ул., занималъ большой номеръ (70). Тутъ онъ и выступилъ въ роли спасителя Болгаріи. Прежде всего, отельной прислугѣ онъ приказалъ титуловать себя княземъ, сіятельствомъ, и когда его приказанія не исполнялись, то онъ очень сердился, покушался даже на кулачную расправу. Затѣмъ онъ неоднократно обращался письменно и лично въ управленіе градоначальства съ разными эксцентрическими просьбами и нотами; то намекалъ на свое высокое положеніе и, повидимому, желалъ, чтобы о немъ было доведено до свѣдѣнія публики, а можетъ быть, и дипломатіи; въ градоначальствѣ г. Сазоновъ развивалъ свои проекты по преобразованію и переоруженію столичной полиціи; у г. градоначальника онъ просилъ различныхъ рекомендацій, а равно разрѣшенія посѣщать тюрьмы. Въ военное министерство и арсеналы помѣшанный болгарофилъ обращался съ просьбою продать ему, для отправленія въ Болгарію, всѣ ружья системы Кренка; въ морскомъ-же министерствѣ отъ имени болгарскаго княжества онъ заказывалъ пушки нѣсколькихъ калибровъ. Всю эту переписку и личные переговоры г. Сазоновъ велъ, какъ власть имѣющій, съ достоинствомъ, по всѣмъ правиламъ дипломатическихъ сношеній. По распоряженію властей, на аудіенцію къ князю и умиротворителю Болгаріи, между прочимъ, пріѣзжали д-ра Чечоттъ, Дунканъ и друг.; психическое состояніе его они нашли безнадежнымъ, и въ понедѣльникъ, 14-го сентября, г. Сазоновъ отправленъ въ больницу св. Николая, для душевнобольныхъ. Несчастнаго пришлось для этого немного мистифицировать: ему почтительно доложили, что власти просятъ его почтить своимъ посѣщеніемъ городскія тюрьмы; онъ охотно согласился, но попалъ въ психопатическую лечебницу. При осмотрѣ комнаты больнаго найдено много бумагъ, газетъ и книгъ; большинство изъ нихъ имѣетъ то или иное отношеніе къ его маніи. Такъ, много пакетовъ, набитыхъ вырѣзками изъ газетъ и журналовъ по болгарскому

вопросу, адресованы разнымъ дѣателямъ княжества; одинъ большой пакетъ адресованъ, по русски и по французски, на ния г. Стамбулова, съ припискою: „рекомендованное“. Въ этомъ нумерѣ, говорятъ, содержится подробный планъ умиротворенія Болгаріи. Найдена также большая коллекція орденвъ, лентъ, бантиковъ и т. п.; это, повидимому, знаки отличій, заготовленные будущимъ княземъ для патріотовъ; нѣкоторые изъ нихъ украшены миниатюрами генерала Буланже. (Южный Край).

\* Присланная этапнымъ порядкомъ изъ елецкаго острога для водворенія на мѣсто жительства крестьянка Козинской волости, дер. Березовки, Авдотья — ва была найдена повѣсившеюся на снуркѣ, за дверью, въ арестантской сергіевскаго волостнаго правленія Елецкаго уѣзда. Сторожъ правленія, передъ тѣмъ топившій печи и разговаривавшій съ покойной, вышелъ въ другую комнату, но вскорѣ воротился въ арестантскую и нашелъ несчастную уже въ вышеописанномъ положеніи. Вмѣсто того, чтобы вынуть сейчасъ же ее изъ петли и подать ей первоначальную помощь, онъ, сильно перепугавшись и боясь отвѣтственности, бросился къ сотскому, а оттуда къ земскому доктору находящейся здѣсь же больницы. Какъ и надо было ожидать, врачебная помощь оказалась излишней. О причинѣ самоубійства рассказываютъ слѣдующее: въ концѣ августа мѣсяца покойная вмѣстѣ съ нѣкоторыми изъ своихъ односельцевъ отправилась въ Воронежъ, отстоящій отъ Березовки верстахъ въ 60—70, на богомолье. По приходѣ въ Воронежъ, всѣ отправились къ монастырю, а Авдотья, оставъ отъ своихъ, совершенно отбилась и какъ безпаспортная (паспортъ остался у ея спутниковъ) была отправлена на родину этапнымъ порядкомъ. И вотъ несчастная, промаршировавъ по острогамъ съ мѣсяцъ, явилась въ сергіевскомъ волостномъ правленіи уже больная, съ явными признаками сумасшествія. (Русск. Вѣдом.).

\* Отдѣленіе для душевно-больныхъ, существуетъ въ Одессѣ крайне неудовлетворительно и не соотвѣтствуетъ постоянно возрастающему числу больныхъ, изъ которыхъ 60% хроническіе. Еще въ 1880 г., по докладу городского головы, Дума рѣшила построить особую психіатрическую больницу и приступила къ изысканію средствъ на сооруженіе. Это изысканіе продолжается семь лѣтъ. Сначала рассчитывали на суммы бывшаго Приказа общественнаго призрѣнія, опредѣленные на благотворительныя учрежденія Одессы, но этотъ рас-

ходъ не былъ разрѣшенъ. Затѣмъ предполагалось воспользо-  
ваться правительственной субсидіей, но изъ переписки по  
этому вопросу выяснилось, что если субсидія и будетъ дана,  
то въ небольшомъ размѣрѣ, въ виду того, что другимъ горо-  
дамъ такая помощь выдавалась въ суммѣ между 39 и 45  
тысячами и только Твери выдано 78,000 р. Теперь город-  
ской голова, указывая на настоятельную необходимость при-  
ступить къ постройкѣ больницы для душевно-больныхъ, пред-  
лагаетъ сдѣлать это на городскія средства, что можетъ уско-  
рить дѣло, такъ какъ въ этомъ случаѣ планы утверждаются  
мѣстной администраціей. Кромѣ того, предполагается войти  
въ сношеніе съ земствомъ Херсонской губерніи о перемѣщеніи  
хроническихъ душевно-больныхъ Одессы въ колонію упомяну-  
таго земства; а если бы такого соглашенія не послѣдовало,  
то устроить вблизи Одессы собственную колонію, на что по-  
требуется 40 — 50 тыс. руб. Для полученія необходимой на  
постройку больницы суммы, городской голова предлагаетъ  
сдѣлать заемъ въ одесскомъ городскомъ кредитномъ Обществѣ  
въ 300 — 350 тыс. руб., а уплату процентовъ и погашеніе  
этого займа предполагаетъ дѣлать изъ экономіи, которая об-  
разуется на содержаніи хроническихъ душевно-больныхъ при  
переводѣ ихъ изъ больницы въ колонію.

\* 19-го октября въ д. Корзинкина, на Москворѣцкой ул.,  
Звенигородскій мѣщ. Сергѣй Михайловъ, 48 лѣтъ, покушаясь  
на самоубійство, нанесъ себѣ сапожнымъ ножомъ рану въ  
шею. Михайловъ по ремеслу зонточникъ, имѣетъ въ д. Кор-  
зинкина свое заведеніе; жизни онъ трезвой, аккуратной, ха-  
рактера скрытнаго. Недѣли двѣ тому назадъ у него вышло  
какое-то недоразумѣніе съ магазиномъ Потапенко относитель-  
но забраковки поставленнаго имъ туда товара, и у Михай-  
лова стали замѣчать какую-то разсѣянность и потерю памя-  
ти. Онъ былъ показанъ врачу Тихомирову, который, осмотрѣвъ  
Михайлова, нашелъ его психически больнымъ и посоветовалъ  
отправить въ больницу. Въ означенный день Михайловъ былъ  
какъ-то особенно разстроенъ: то одѣвался безъ всякой надоб-  
ности въ сюртукъ, то ходилъ по комнатѣ въ одной сорочкѣ,  
чего прежде съ нимъ не случалось. (Р. В.).

\* 18-го октября, остановившійся проѣздомъ въ д. Воскре-  
севского монастыря, на Ильинкѣ, сѣвскій мѣщ. Петръ Ива-  
новъ Кожемякинъ, разбивъ стекла двухъ рамъ въ окнѣ 4-го  
этажа, бросился самъ изъ окна, но по счастливой случай-  
ности попалъ на галлерею балкона 2-го этажа и получилъ не-

значительные ушибы спины. При дознаніи Кожемякинъ отозвался, что изъ случившагося съ нимъ ничего не помнитъ. Ему подано пособіе.

\* 11-го Ноября, въ Сокольницкой рощѣ, В. С—нъ, 15-ти лѣтній мальчикъ, выстрѣлилъ изъ револьвера себѣ въ лѣвый бокъ. Пуля, по счастію, попала ниже сердца. Выстрѣлъ былъ услышанъ городовымъ, который распорядился отправить раненаго въ пріемный покой Сокольницкой части. При дознаніи С—нъ объяснилъ, что онъ рѣшился на самоубійство вслѣдствіе того, что ему надоѣло жить. (Русск. Вѣд.).

\* 29-го Сентября, въ 6 часу утра, при вѣздѣ на Бутырки, саженьяхъ въ 20-ти отъ дороги, противъ пруда, подъ заборомъ пустопорожней земли Игнатова, найденъ неизвѣстный человѣкъ безъ признаковъ жизни, въ сидячемъ положеніи. Изъ подъ шарфа, обернутаго вокругъ шеи, течетъ кровь, шаровары немного спущены, нижняя часть живота обнаружена и между ногами лужа крови. При полицейскомъ дознаніи выяснилось, что зарѣзавшійся—фельдшеръ московской тюремной больницы Петръ Андреевъ Андреевъ, 35-ти лѣтъ. Покойный съ давняго времени страдалъ разстройствомъ нервной системы отъ пьянства и употребленія опиума; въ послѣднее время онъ былъ уволенъ по болѣзни отъ службы. На лѣвой сторонѣ шеи у него найдена глубокая рана, проникающая весь горловой хрящъ, а на животѣ ниже пупка—двѣ поперечныя раны. Раны нанесены перочиннымъ ножомъ. Производится слѣдствіе. (Русск. Вѣдом.).

\* Жена кол. ас. А. И. Дрейеръ, 60 лѣтъ въ припадкѣ психическаго разстройства, выбросилась чрезъ оконную форточку своей квартиры на мостовую, съ высоты 4 1/2 аршинъ. Г-жа Дрейеръ получила переломъ лѣвой ключицы. Жизнь ея, въ виду преклонности лѣтъ, находится въ опасности. Пострадавшая отправлена для излеченія въ Городскую больницу въ Москвѣ. (Руск. Вѣд.).

\* *Открытіе памятника Гислену въ Гантъ 10 іюля 1887 г.* На призывъ Бельгійскаго психіатрическаго общества откликнулась не одна Бельгія. Всѣ страны, въ которыхъ психіатрія имѣетъ представителей, приняли участіе въ подпискѣ и, съ помощью бельгійской администраціи, была собрана достаточная сумма для возведенія Гислену памятника достойнаго его. 10-го іюля 1887 г. произошло торжественное его открытіе. Къ этому празднеству въ Гандъ собрались представители

администраціи, университетовъ, ученыхъ обществъ, госпиталей и т. д. со всей Бельгіи и представители психіатріи Россіи, Голландіи, Даніи, Швеціи и Англіи. Масса телеграммъ изъ Россіи, Франціи, Германіи, Швейцаріи и Италіи, отъ ученыхъ обществъ, профессоровъ и врачей-психіатровъ принесли дань глубокаго уваженія и почитанія памяти знаменитаго Гислена и поздравленіе собравшимся въ Гандѣ товарищамъ. Итакъ, открытіе памятника Гислена по праву можетъ быть названо международнымъ празднествомъ. Члены комиссіи *Hospices civils* Ганда пожелали принять дѣятельное участіе въ чествованіи памяти своего незабвеннаго сотоварища и предсѣдателя. Къ 10 час. утра, 10-го іюля они пригласили собравшихся въ Гандѣ чествователей въ госпиталь, въ которомъ Гисленъ проработалъ всю жизнь, и главный врачъ госпиталя, Dr. Jules Morel, произнесъ рѣчь, въ которой яркими красками описалъ плодотворную дѣятельность Гислена: „Бельгія имѣла гражданина, который съ выдающимися качествами ученаго соединялъ горячее человѣколюбіе, который далъ на пользу страждущаго человѣчества не только свои знанія—но всего себя, все рвеніе трудъ, состраданіе и силы,—то былъ Гисленъ, сказалъ Dr. Morel. Посѣтивъ впервые дома умалишенныхъ, онъ убѣдился, что больныхъ содержатъ хуже величайшихъ преступниковъ. Единственной заботой администраціи и общества было обезопасить себя, поставивъ душевно-больныхъ въ условія, не допускающія ихъ нанести кому-либо вредъ. Что же далѣе съ ними было—о томъ не думали, не желали знать. Гисленъ же не могъ примириться съ дальнѣйшей судьбой несчастныхъ больныхъ, которые, вслѣдствіе дурной пищи, отвратительной обстановки и безчеловѣчнаго обращенія, не выздоравливали, а преждевременно умирали. Гисленъ снялъ оковы и цѣпи съ больныхъ—буйство замѣнилось спокойствіемъ и тишиной. Четверть вѣка Гисленъ велъ борьбу съ равнодушіемъ и сопротивленіемъ—онъ долго оставался непонятымъ. Наконецъ его назначили членомъ комиссіи *Hospices civils* и съ этого дня произошла перемѣна въ отношеніи администраціи къ душевно-больнымъ. Гисленъ—освободитель душевно-больныхъ Бельгіи, создатель многихъ домовъ призрѣнія и лечебницъ для этихъ несчастныхъ,—заслужилъ благодарность своихъ согражданъ!“ Затѣмъ Dr. Morel показалъ собравшимся гостямъ свой госпиталь, поблагодаривъ за данную ему возможность познакомить ихъ съ порядками и устройствомъ госпиталя, веденнаго по принципамъ Гислена. Въ 11 час. всѣ собрались на площадь,

на которой возведенъ памятникъ. Первую рѣчь произнесъ М. Н. Genty, директоръ Министерства Юстиціи и инспекторъ благотворительныхъ учреждений и заведеній для душевно-больныхъ. Перечисливъ дѣятельность и заслуги Гислена и поблагодаривъ всѣхъ участниковъ въ сборѣ, ораторъ закончилъ словами: „отъ имени комитета—организаторовъ передаю памятникъ Іосифа Гислена городу Гандъ“. Въ этотъ моментъ, при громѣ рукоплесканій, былъ снятъ покровъ съ монумента. Рѣчи произносили: D. Lefebure, президентъ Бельгійской Королевской медицинской академіи, Richardt Boddaert, профессоръ университета Ганда, Dr. Genty, директоръ лечебницы для душевно-больныхъ въ Tournai, секретарь общества *Médecine Mentale* въ Бельгii, затѣмъ слѣдовала рѣчь М. Hipp. Girpens, бургомистра города Гандъ, отъ имени его согражданъ и наконецъ рѣчь Dr. Hack Tuck., делегата „Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et d'Irlande“. Въ 2 часа состоялся торжественный банкетъ, оживленный рѣчами и тостами слѣдующихъ лицъ:—президента комитета М. Н. Genty, М. Heeger, профессоръ Брюссельскаго университета, президента *Société de Médecine mentale*, Mr. R. de Kerchove, губернатора Восточной Фландріи, Dr. Poirier, декана медицинскаго факультета Гандскаго университета, Virmeulen, старшаго врача пріюта для душевно-больныхъ города Гандъ, Dr. Ramaer, главнаго инспектора домовъ умалишенныхъ Голландіи, Dr. Steenberg, делегата Скандинавскихъ странъ. Наконецъ Dr. Venden Abeele, старшій врачъ *Hôspice St. Julien* въ Брюггѣ, поблагодарилъ отъ имени всѣхъ присутствующихъ М. Hambresin, исполнителя статуи Гислена, на что художникъ отвѣтилъ: „я счастливъ, что могъ обезсмертить ученаго столько сдѣлавшаго для своей родины и всего человѣчества“.

К. Н. К.



токъ при воспаленіи, а также объ активныхъ измѣненіяхъ въ осевыхъ цилиндрахъ, 117.—*Dr. Dietz*, Душевные болѣзни въ мирное и военное время, 118.—*Dr. Berger*, Случай насильственныхъ представленій и насильственныхъ поступковъ у 10 лѣтняго ребенка, 119.—*Dr. Stark*, Объ отношеніяхъ вѣса тѣла при періодическихъ психозахъ, 120.—*Prof. Flesch*, Опытъ распознаванія гомологii fissurae parieto-occipitalis у хищниковъ, 121.—*Dr. Oebeke*, Къ леченію насильственнымъ кормленіемъ душевныхъ больныхъ, 121.—*Dr. Siemens*, О леченіи насильственнымъ кормленіемъ душевныхъ больныхъ, 122.—*Dr. Snell*, Легочная чахотка у душевно-больныхъ, 122.—*Dr. Leven*, Нейрозъ, 122.—*Dr. Bourneville*, О температурѣ при Status epilepticus, 126.—*Dr. Paris*, Замѣтка о случаѣ атаксизма, 126.—*Dr. Seglas*, Меланхолія съ тоской, сопровождаемая бредомъ отрицанія, 127.—*Dr. Martineq*, Бредъ въ четверемъ, 127.—*Dr. Christian*, Къ вопросу объ этиологii общаго прогрессивнаго паралича у мужчинъ, 130.—*Dr. Marandon de Montyel*, Къ вопросу о вѣсѣ мозговыхъ полушарій, 131.—*Dr. Championnière*, Къ ученію объ истеріи у мужчинъ, 133.—*Dr. Pierre Marie*, Замѣтка по этиологii эпилепсiи, 134.—*Dr. Vigouroux*, О леченіи и нѣкоторыхъ клиническихъ особенностяхъ Базедовой болѣзни, 135.—*Dr. Crothers*, Объ алкоголизмѣ и его леченіи, 136.—*Dr. Crothers*, Причины и леченіе пьянства, 136.—*Dr. Crothers*, Атмосферическія вліянія на пьяницъ, 139.—*Dr. Crothers*, Кокаинный запой, 140.—*Dr. Hughes*, Научный рационализмъ въ электротерапiи, 140.—*Dr. Hughes*, Отношеніе нервной системы къ гемофилиі, 141.—*Dr. Chalmers da Costa*, Нѣкоторыя замѣтки о леченіи умопомѣшательства, 141.—*Dr. Lymon*, Леченіе прогрессивной локомоторной атаксiи по способу Жюно, 142.—*Dr. Hurd*, Гастрическіе и другіе кризы при общемъ параличѣ, 143.—*Dr. Backer*, Психическая эпилепсiя, 143.—*Dr. Wilmarth*, Замѣтки о патологii идиотизма, 144.—*Dr. Hughes*, Единственный случай билатеральнаго атетоза, 145.—*Dr. Everts*, Дипсоманія, клептоманія, пироманія и т. п. принадлежатъ ли къ болѣзненнымъ формамъ умственнаго разстройства?, 145.—*Dr. Kiernan*, Геній не нейрозъ, 146.—*Dr. Harriet*, Параноя у женщинъ, 146.—*Dr. Wigglesworth*, Употребленіе гальванизации въ леченіи различныхъ случаевъ помѣшательства, 147.—*Dr. Ohmann-Dumesnil*, Гипертрихозъ, какъ слѣдствіе общаго нервнаго разстройства, 148.—*Dr. Seguin*, Случай хореи съ копропаліей, 148.—Смѣсь, 150.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной  
психопатологіи“,

Харьковъ, Михайловская площ., домъ фонъ-Галлера,

можно имѣть слѣдующія книги:

**Проф. П. И. Ковалевскій, Основы механизма душевной деятельности.** Изд. 2-е исправленное и дополненное. 1887. Ц. 1 р.

**Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи.** 1887 г. Ц. 50 к.

**Психіатрія, 2 т.** Первый томъ — общая психопатологія, второй томъ — специальная психіатрія. Ц. 4 р. Изд. 3-е, 1886—1887.

**Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)** 2 т. изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

**Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ)** Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Winternitz, Гидротерапія.** Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 25 коп.

**Dr. Cullerre, Гигіена нервныхъ людей и нейропатовъ.** Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Scholz, Діететика духа.** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 годъ. Ц. 1 руб. 50 коп.

**Remak, Электродіагностика и электротерапія.** Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

**Prof. Charcot, Лекціи по нервнымъ болезнямъ.** Пер. съ французскаго языка подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 Ц. 1 р.

**Richet, Истеро-эпилепсія.** Пер. подъ ред. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. 1886 г. Ц. 5 р.

**Prof. Gowers, Болезни головного мозга.** Пер. А. А. Говсѣева,

подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr. Ireland, Психозы въ исторіи.** Переводъ М. С. Буба, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1887. Ц. 1 р.

**H. Obersteiner, Гипнотизмъ.** Пер. съ нѣмецкаго языка подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1887 г. Ц. 50 к.

**Ball, Эротическое умопомѣшательство.** Пер. А. А. Яковлева. 1888. г. Ц. 30 к.

**Проф. В. М. Бехтеревъ, Физиологія двигательной области мозговой коры.** 1887 г. Ц. 1 руб.

**Thudichum, Физиологическая химія головного мозга.** Переводъ М. Е. Ліона. 1886 г. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen, О разстройствѣ ассоціативной.** Пер. М. Е. Ліона. 1885 г. Ц. 1 р.

**Byrom Bramwell, Болезни спинного мозга.** Пер. М. А. Шульгина, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 5 р.

**Hammond, Половое безсиліе у мужчинъ.** Пер. А. А. Говсѣева, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Uitzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, полюціяхъ и друг. 1886. Ц. 2 р.

**Meynert, Психіатрія.** Переводъ М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 3 р.

**М. А. Шульгинъ, Слѣза продолговатыхъ волоконъ въ cerebro-спинальной системѣ человека.** 1884 г. Ц. 1 р.

**И. Я. Платоновъ, Правила для служащихъ при домѣ умалишенныхъ.** 1883 г. Ц. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступ. отъ 20 до 50%.

Годъ шестой.

1888.

Томъ XI—№ 2.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ И СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,  
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автонратовъ (Петербургъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Полтава), М. А. Аше (Петербургъ), Н. Н. Баженовъ (Рязань), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), Брейтманъ (Парижъ), В. П. Бобровский (Харьковъ), В. А. Брянцовъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляновъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Москва), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Викторовскій (Варшава), Я. В. Гирсонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Харьковъ), А. А. Говѣевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), Я. А. Давидовъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Харьковъ), Д. А. Дриль (Москва), В. Х. Кандинскій (Петербургъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсановъ (Москва), Е. И. Компанѣйская-Коваленская (Петербургъ), Д. В. Куиллярскій (Могилевъ), М. Е. Ліонъ (Одесса), В. В. Лесевичъ (Тверь), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), Н. М. Поповъ (Петербургъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Тамбовъ), М. П. Симоновичъ (Одесса), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), Н. П. Сулима (Ямполь), А. А. Тонарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославъ), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орель), А. Г. Штейнбергъ (Варшава), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), Н. И. Щербининъ (Харьковъ), А. А. Яковлевъ (Харьковъ) и др.

ХАРЬКОВЪ.

Контора редакціи: Михайловская площ., № 18.

Типографія М. Ф. Зильберберга.

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Д-ръ А. А. Токарскій, Гипнотизмъ и внушеніе . . . . .	1
Д-ръ Н. А. Бухаловъ, Къ вопросу о качествахъ вкусовыхъ ощущеній . . . . .	34
Д-ръ Шергандъ, Судебно-психіатрическій случай . . .	42
Д-ръ С. Н. Совѣтовъ, Владимірскій домъ умалишенныхъ въ 1887 г. . . . .	57
D-r Löwenfeld, Современный способъ леченія нейрастеніи и истеріи, перев. Д-ра Н. И. Мухина . . . . .	62
D-r Ветакъ, Электротерапія. Пер. К. Н. Ковалевской. 1—16	
Библіографія: Д. А. Дриль, Малолѣтніе преступники, 86.	
—Проф. Добровольскій, Видимъ ли мы предметы такими, какими они существуютъ въ природѣ?, 87.—Д-ръ П. Я. Розенбахъ, Основы діагностики нервныхъ болѣзней, 90.—Д-ръ Л. Ф. Рагозинъ, Признаніе и леченіе душевныхъ болѣзней въ Россіи, 90.—Д-ръ С. Бѣляковъ, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной нервной системы при старческомъ слабоуміи, 91.—Д-ръ Л. С. Миноръ, Къ вопросу о пьянствѣ и его леченіи въ спеціальныхъ заведеніяхъ для пьяницъ, 93.—Д-ръ Архангельскій, Отчетъ по осмотру русскихъ психіатрическихъ заведеній, произведенному по порученію московскаго губернскаго земскаго статистическаго совѣта, 25.—Д-ръ Гольденюрнъ, Случай mericism'a aut ruminatio-nis, 95.—Д-ръ А. А. Селицкий, Огражденные неврозы, вызывающіеся страданіемъ носа, 96.—Д-ръ Синайскій, Случай эклампсін родильницы и новорожденнаго, 97.—Prof. Giovani, О замѣчательныхъ галлюцинаторныхъ явленіяхъ у одной нервной личности, 97.—D-tt Lembo, Paraclonus multiplex di Friedreich, 98.—D-tt Bernardini, Гипертрофія мозга и идиотизмъ, 98.—Prof. Feletti, Случай paramyoclonus multiplex, 99.—D-r Vetault, Судебно-медицинскій этюдъ объ алкоголизмѣ, 99.—D-r Bournecville et Sollier, Аномаліи половыхъ органовъ у идиотовъ и эпилептиковъ, 100.—D-r Bournecville et Pilliet, Два случая двойного атетоза съ тупоуміемъ, 100.—Prof Charcot, Истерія и сифилисъ, 101.—Prof Charcot, Истеро-травматическая артралгія колѣна, 101.—Prof Charcot, Объ афазіи вообще и въ частности объ аграфіи, 101.—D-r Pichon, О множественномъ бредѣ и объ одновременной интоксикаціи различнаго происхожденія у одного и того же индивидуа, 102.—Prof Ball, Пораженія при морфіоманіи, 102.—D-r Ritti, Случай этероманіи, 103.—D-r Lemoine, О температурѣ въ отдѣльныхъ приступахъ эпилепсін, 103.—D-r Seglas, Случай сложной везаніи, 104.—D-r Mathieu, Случай	

# Гипнотизмъ и внушеніе.

А. А. Токарскій,

Ординаторъ Московской психіатрической клиники.

Явленія, извѣстныя въ настоящее время подъ именемъ гипнотическихъ, такъ многочисленны, такъ сложны, часто такъ неопредѣленны и недостаточно изучены, что представить полное изложеніе сдѣланныхъ наблюденій рѣшительно нѣтъ возможности, тѣмъ болѣе, что многія изъ нихъ не имѣютъ характера достовѣрности. Вотъ почему я предпочелъ ограничиться собственными наблюденіями и, излагаемые ниже, соображенія основаны на этихъ наблюденіяхъ. Данными, приводимыми другими авторами, я пользовался лишь насколько это требовалось для полноты изложенія, стремясь не столько сообщить всѣ извѣстные факты изъ области гипнотизма, сколько охарактеризовать наблюдаемыя явленія и представить ихъ въ системѣ, чтобъ имѣть возможность хотя до нѣкоторой степени ориентироваться среди громаднаго матеріала.

Здѣсь я встрѣтился съ немаловажнымъ затрудненіемъ.

Въ то, сравнительно короткое, время, какъ гипнотическія явленія перестали служить поводомъ къ постояннымъ недоразумѣніямъ и путаницѣ понятій и стали предметомъ научнаго изслѣдованія, они привлекли къ себѣ своею сложностью, разнообразіемъ и важностью вниманіе различныхъ изслѣдователей, и приобрѣли себѣ мѣсто въ области фізіологій, медицины, психологій, философіи и педагогій, вездѣ ставъ вопросами, объемомъ и значеніе которыхъ постоянно возрастаетъ, и въ настоящее время трудно еще опредѣлить границы этого роста и могущіе произойти результаты.

Понятно, что, соотвѣтственно различнымъ областямъ знанія, предметомъ изученія служилъ то тотъ, то другой отдѣлъ гипнотическихъ явленій.



А. А. Токарскій.

Такимъ образомъ и въ психологіи имѣютъ значеніе далеко не всѣ гипнотическія явленія, значительная часть которыхъ представляетъ преимущественный интересъ для фізіологіи и медицины, и мнѣ слѣдовало бы оставить эту часть совершенно въ сторонѣ; но я предпочелъ описывать гипнотическія явленія во всей ихъ цѣлости, имѣя въ виду исключительно почти фактическую сторону и опуская только вопросы частные и имѣющіе вполне спеціальныи интересъ, тѣмъ болѣе, что нерѣдко явленія остаются одни и тѣ же, и различіе въ оцѣнкѣ ихъ обуславливается только точкой зрѣнія. Впрочемъ тамъ, гдѣ дѣло касалось вопросовъ, имѣющихъ очень малый интересъ для психологовъ, я старался быть возможно краткимъ и даже вообще опасаясь, что краткость изложенія окажется не соответствующей обширности предмета.

Я совершенно опускаю интересную и поучительную исторію предмета, которая безъ сомнѣнія достаточно извѣстна.

Въ настоящее время подъ именемъ *гипнотизма* разумѣется ученіе объ особенномъ состояніи нервной системы, развивающемся при различныхъ, не всегда точно опредѣленныхъ условіяхъ, легко вызываемомъ искусственно и на первый взглядъ напоминающемъ фізіологическій сонъ, отъ котораго оно впрочемъ рѣзко отличается.

У разныхъ лицъ это состояніе проявляется различно, сохраняя впрочемъ въ большинствѣ случаевъ характерныя черты, дѣлающія возможнымъ соединеніе наблюдаемыхъ явленій въ одинъ разрядъ.

Название этого состоянія и простѣйшіе способы его полученія даны англійскимъ врачомъ Брэдомъ въ 1841 г.

Ранѣе, согласно ученію Месмера, относящемуся къ 1779 году, ихъ обозначили названіемъ «животно-магнетическихъ». Это названіе должно считаться отвергнутымъ наукой, какъ не имѣющее для себя основанія, хотя и въ настоящее время находятся лица, которыя не только желаютъ удержать его, но проводятъ даже различіе между явленіями гипнотическими и животно-магнетическими. Въ чемъ, по ихъ мнѣнію, заключается это различіе, мы тотчасъ увидимъ, говоря о способахъ вызванія гипнотическаго сна.

Способность приходитъ въ гипнотическое состояніе, повидимому, обща всему животному царству. Прейеръ даетъ нѣкоторымъ явленіямъ, наблюдаемымъ у животныхъ, названіе «катаплексіи», разумѣя тѣ случаи, гдѣ напр., насѣкомыя прикидываются мертвыми, оставаясь долгое время неподвижными, гдѣ птички какъ бы замираютъ при видѣ змѣи и проч. Такія и аналогичныя имъ явленія у людей я оставляю въ сторонѣ, не касаясь даже вопроса о родствѣ ихъ съ гипнотическими и имѣю въ виду только тѣ проявленія гипнотизма у животныхъ, которыя могутъ быть вызваны искусственно, при чемъ должно быть исключено вліяніе ужаса и рѣзкаго насилія.

Гипнозъ у животныхъ гораздо болѣе походитъ на нормальный сонъ, чѣмъ у людей: продолжительность его также не велика, чрезвычайно различна, при чемъ и среди животныхъ, какъ среди людей, встрѣчаются особи, почти совершенно не способныя впадать въ гипнотическое состояніе, какъ я могу судить по нѣкоторымъ изъ гипнотизированныхъ мною чижей.

Разсматриваемая способность у людей, какъ и у животныхъ, можетъ развиваться подъ вліяніемъ упражненія, хотя впрочемъ этому развитію существуютъ предѣлы и, повидимому, извѣстный организмъ, при данныхъ физиологическихъ условіяхъ, способенъ только къ извѣстной степени гипнотическаго сна. Но въ быстротѣ и легкости, съ какою получается вновь разъ вызванное состояніе, замѣчается рѣзкая разница, и послѣдующее гипнотизированіе совершается легче и быстрее, такъ что лицо, на первоначальное гипнотизированіе котораго потребовался часъ, черезъ нѣсколько времени засыпаетъ въ теченіи немногихъ секундъ.

Распознать способность приходитъ въ гипнотическое состояніе, не прибѣгая къ гипнозу, можно только гадательно.

Ochogowicz предложилъ съ этою цѣлью инструментъ, состоящій изъ никкелированного магнита, изогнутаго въ видѣ трубки. Если надѣтъ эту трубку на палецъ испытываемаго такимъ образомъ, чтобы внутренняя поверхность пальца касалась обоихъ полюсовъ магнита, то, минуты черезъ двѣ въ пальцѣ, иногда даже во всей рукѣ появляются произвольныя движенія, или па-

\*

раличи и контрактуры или измѣненіе чувствительности, потеря ея, или разнаго рода субъективныя ощущенія: ощущенія жара, холода, покалыванія и пр., или развивается общая сонливость, — интензивность всего этого вполне зависитъ отъ степени чувствительности субъекта къ гипнотизированію.

Описанныя явленія у нѣкоторыхъ лицъ дѣйствительно наблюдаются, но происходятъ ли они отъ дѣйствія инструмента—пока подлежитъ большому сомнѣнію, такъ какъ здѣсь почти невозможно исключить вліяніе внушенія.

Число лицъ, способныхъ приходитъ въ гипнотическое состояніе, довольно велико. По счету, сдѣланному въ Нанси, около 80% здоровыхъ обнаруживаютъ тѣ, или другія явленія, причемъ высшія степени не наблюдаются только у 20% общаго числа здоровыхъ лицъ, подвергавшихся опытамъ. Конечно, эти цифры имѣютъ только приблизительное значеніе.

Что касается способовъ вызыванія сна, то они очень разнообразны и многочисленны и перечислять ихъ нѣтъ никакой нужды. Почти всѣ они, за исключеніемъ вызыванія гипнотическаго сна помощью электрическаго тока, сводятся къ тому, что на то или другое внѣшнее чувство человѣка, оказывается въ теченіи извѣстнаго времени слабое однообразное вліяніе. Зрительныя, слуховыя и осязательныя впечатлѣнія одинаково способны вызывать гипнозъ. Очень сильныя впечатлѣнія, какъ яркій свѣтъ, неожиданный громкій звукъ, также даютъ аналогичный результатъ. При этомъ, вліянія того и другого рода, (слабыя болѣе, чѣмъ сильныя) требуютъ участія и психическаго фактора: сосредоточенія вниманія, при чемъ чрезвычайно важную роль играетъ аффектъ ожиданія.

Какое важное значеніе имѣетъ въ произведеніи гипноза психическое вліяніе—можно заключить изъ того, что нѣкоторыя лица засыпаютъ безъ всякихъ внѣшнихъ воздѣйствій, при ожиданіи наступленія сна, даже не у себя, а у другихъ лицъ, при усыпленіи которыхъ они присутствуютъ. Это я имѣлъ случай наблюдать во время одного изъ моихъ опытовъ, при чемъ заснула одна изъ присутствовавшихъ дамъ, гипнотизировать которую я въ тотъ день рѣшительно отказался.



ся, такъ что, по отношенію къ себѣ, она была свободна отъ всякаго ожиданія.

Затѣмъ, если субъектъ былъ уже однажды загипнотизированъ, то достаточно одного психическаго вліянія, словеснаго или даже письменнаго внушенія, чтобы онъ погрузился въ сонъ. Что касается времени, въ теченіи котораго сохраняется вліяніе предшествующаго сна, то относительно этого я не могу дать никакихъ указаній.

Конечно, лица очень предрасположенныя, какъ напр.: та дама, о которой только что шла рѣчь, будучи подготовлены ожиданіемъ, могутъ погружаться въ сонъ по одному словесному приказанію и безъ предшествовавшаго гипнотизированія, чѣмъ, при случаѣ, особенно охотно пользуются разные странствующие гипнотизеры. Наичаще употребляющимся средствомъ усыпленія, должно считать фиксированіе глазами какого нибудь предмета, помѣщеннаго въ ближайшей точкѣ пересѣченія зрительныхъ осей, къ чему, послѣ того какъ глаза закрываются и гипнотическое состояніе начинаетъ развиваться, нерѣдко присоединяются пассы (поглаживанія). Не входя въ дальнѣйшія подробности, остановлюсь немного на вопросѣ: всѣ ли средства усыпленія дѣйствуютъ одинаково и при всѣхъ ли способахъ получаютъ одинаковыя явленія гипнотическаго сна.

Здѣсь кстати будетъ замѣтить, что придерживающіеся теоріи животнаго магнетизма находятъ не только разницу въ состояніяхъ, получаемыхъ различными способами, но считаютъ даже, что они производятся различными силами. Они полагаютъ именно, что состояніе организма, вызванное пассами, которые они считаютъ магнетическими (единственно потому, что таковыми ихъ считалъ Месмеръ), обусловливается вліяніемъ животнаго магнетизма, вліяніемъ всегда безвреднымъ, даже полезнымъ человѣку; тѣ-же состоянія, которыя вызваны другими способами, относятся въ область гипнотизма, — въ область реакціи организма на утомляющія вліянія и, хотя бы эти состоянія были аналогичны такъ называемымъ магнетическимъ, они считаются всегда вредными, будучи получены, такъ сказать, путемъ насилія.

Объ этомъ взглядѣ, составляющемъ послѣднее прибѣжище магнетизеровъ, достаточно только упомянуть. Шарко и Рише не только высказываютъ мнѣніе въ

пользу различнаго вліянія различныхъ способовъ гипнотизированія, но находятъ возможнымъ даже выдѣлить такіе способы, съ помощью которыхъ можно по желанію вызвать то или другое состояніе. Такъ, давленіе на закрытыя вѣки, открываніе глазъ въ извѣстное время сна, надавливаніе на темя и проч. представляютъ собою вліянія, вызывающія у одного и того же субъекта явленія рѣзко различныя.

Этой разницей воздѣйствій они пытаются объяснить и крупное несогласіе во взглядахъ на гипнотическія явленія, существующее между ними и другой школой изслѣдователей, представителями которыхъ являются Льебо и Бернгеймъ. Эти изслѣдователи, по мнѣнію Рише, пользуясь всегда однимъ способомъ вызыванія сна, получали всегда только одну его фазу, вслѣдствіе чего и не имѣли случая наблюдать многія изъ явленій, описанныхъ послѣдними.

Я съ своей стороны не могу присоединиться къ этому мнѣнію, такъ какъ помощью различныхъ способовъ мнѣ удавалось получать одно и то же состояніе у разныхъ лицъ, и съ помощью одного и того же способа—получать различныя состоянія у одного и того же субъекта, при чемъ необходимо замѣтить, что классификація состояній производилась мною именно въ смыслѣ Рише, на основаніи точно указанныхъ имъ признаковъ <sup>1)</sup>).

Далѣе я буду имѣть возможность ближе разсмотрѣть это обстоятельство; теперь же замѣчу только, что причиной разногласія въ данномъ случаѣ слѣдуетъ считать то, что необыкновенно тщательныя изслѣдованія Шарко и Рише, проливающія яркій свѣтъ на многія явленія гипнотическаго сна, къ сожалѣнію производились исключительно надъ истеричными, даже представляющими явленія такъ называемой большой истеріи, почему полученные заключенія и оказываются не всегда вѣрными по отношенію къ здоровымъ, которыхъ изслѣдовали Льебо и Бернгеймъ и которыхъ преимущественно имѣю въ виду и я.

---

<sup>1)</sup> Рише. Клиническій очеркъ большой истеріи. Харьковъ 1886 г.

**Классификація гипнотическихъ явленій.**

Разнообразіе гипнотическихъ явленій, ихъ сложность съ одной стороны, разница во взглядахъ на самыя существенныя изъ нихъ съ другой, — дѣлаютъ понятной трудность сколько-нибудь удовлетворительной классификаціи.

Въ настоящее время существуетъ классификація двоякаго рода.

Одна, принадлежащая школѣ Сельпетріеръ, раздѣляетъ гипнотическія состоянія по соматическимъ признакамъ; — другая, которой придерживается школа Нанси (Лебо, Бернгеймъ), руководствуется преимущественно психическими явленіями.

Шарко и Рише различаютъ три стадія гипнотическаго сна: летаргическій, каталептический и сомнамбулическій стадій.

Эти состоянія характеризуются слѣдующимъ образомъ.

*Летаргическое* состояніе получается или фиксаціей предмета, или давленіемъ на глазныя яблоки черезъ закрытыя вѣки. При этомъ появляется глубокій сонъ, ослабленіе мускулатуры, часто полная потеря чувствительности; психическая дѣятельность прекращается. Внушеніе въ этомъ состояніи невозможно: дыханіе глубокое, пульсъ полный. Рядомъ съ этимъ наблюдается явленіе повышенія нервно-мышечной возбудимости: всякій мускулъ, подъ вліяніемъ давленія или растиранія, сокращается и остается сокращеннымъ въ теченіи долгаго времени. Такъ напримѣръ, если мы будемъ разминать сгибающія мышцы плеча субъекта, находящагося въ летаргическомъ состояніи, то рука согнется и будетъ оставаться согнутой, пока мы не станемъ разминать мышцы, разгибающія руку. При давленіи на нервные стволы — приходятъ въ сокращеніе соотвѣтствующія мышцы. При этомъ наблюдается слѣдующее интересное явленіе: если мы поднесемъ къ согнутой рукѣ наблюдаемаго субъекта сильный магнитъ, то не замѣтимъ ничего особеннаго, — рука останется согнутой. Если же мы поднесемъ магнитъ къ другой рукѣ, лежащей совершенно покойно, то замѣтимъ, что, черезъ нѣкоторое время, эта рука станетъ сгибаться и приметъ то положеніе, въ которомъ находилась согнутая рука, которая, наоборотъ, разогнется.

Руки какъ-бы мѣняются ролями. Это явленіе переноса считается характернымъ для летаргическаго состоянія, какъ и явленіе нервно-мышечной возбудимости, которую Шарко и Рише считаютъ самымъ характернымъ признакомъ летаргическаго состоянія и, въ виду его несомнѣнной доказательности, рекомендуютъ пользоваться—какъ средствомъ распознать симуляцію.

Второй стадій—*каталептический*. Самостоятельно это состояніе развивается при дѣйствіи яркаго свѣта, рѣзкаго звука; для того же, чтобы перевести субъекта изъ перваго стадія во второй, достаточно поднять вѣки. Если открыть одинъ глазъ, катаlepsia развивается только въ одной сторонѣ; другая же остается въ летаргіи. Въ этомъ стадіи члены сохраняютъ приданное имъ положеніе. Повышенная нервно-мышечная возбудимость исчезаетъ; дыханіе становится поверхностнымъ и едва замѣтнымъ, пульсъ сжатымъ. Внушеніе въ этомъ состояніи возможно различными путями. Изъ каталептическаго состоянія спящаго можно перевести обратно въ летаргическое, опуская ему вѣки. Я не останавливаюсь на ближайшемъ разсмотрѣніи нѣкоторыхъ важныхъ пунктовъ, чтобы не смѣшивать вопросъ о классификаціи съ описаніемъ гипнотическихъ явленій, къ которому мы скоро перейдемъ, и обращаюсь къ третьему стадію—*сомнамбулическому*.

Онъ можетъ быть произведенъ непосредственно путемъ фиксаціи взгляда и другими манипуляціями, къ числу которыхъ относятся легкія раздраженія кожи, напримѣръ, пассами. Летаргическое или каталептическое состояніе переходитъ въ сомнамбулическое при легкомъ повторномъ растираніи темени у загипнотизированнаго субъекта.

Это состояніе характеризуется болѣе, или менѣе выраженной анестезіей, повышенной возбудимостью органовъ чувствъ и ясно выраженной способностью принимать внушенія.

Повышенія нервно-мышечной возбудимости не существуетъ болѣе въ этомъ состояніи. Механическимъ раздраженіемъ мышцъ или нервовъ нельзя уже вызвать продолжительныхъ сокращеній; но легкія прикосновенія, какъ, напр., дуновеніе на кожу, могутъ вызвать

контрактуру, отличающуюся отъ контрактуры летаргической тѣмъ, что она не прекращается при раздраженіи мышцъ антагонистовъ; при этомъ замѣчается сопротивленіе, когда хотятъ измѣнить положеніе члена.

Такова въ главныхъ чертахъ классификація школы Сальпетріеръ. Не смотря на тщательное описаніе положенныхъ въ основаніе ея фактовъ, она является почти совершенно неприменимой для явленій, наблюдаемыхъ у здоровыхъ (впрочемъ Бернгеймъ утверждаетъ, что у истеричныхъ также не наблюдается указанныхъ трехъ фазъ; но я не считаю возможнымъ высказаться съ положительностью по этому пункту).

Что касается здоровыхъ, то, во первыхъ, летаргическаго состоянія съ тѣми характерными чертами, какъ описываютъ Шарко и Рише, у нихъ не бываетъ; если же и наблюдаются нѣкоторыя явленія, свойственныя этому состоянію, то они такъ не характерны, что является вопросъ: слѣдуетъ ли удерживать названіе летаргіи, понимая подъ этимъ обособленную группу явленій?

Во вторыхъ, что касается перехода одного состоянія въ другое, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ воздѣйствій, то у здоровыхъ мнѣ рѣшительно не приходилось наблюдать ничего подобнаго.

Бернгеймъ также отрицаетъ какое либо вліяніе открыванія и закрыванія глазъ, надавливанія на темя и проч. на измѣненіе состоянія спящаго.

Далѣе, хотя разница между каталептическимъ и сомнамбулическимъ стадіемъ и по классификаціи школы Сальпетріеръ незначительна и касается главнымъ образомъ состоянія мышцъ, тѣмъ не менѣе Бернгеймъ отрицаетъ и эту разницу, относя къ явленіямъ сомнамбулизма, всѣ явленія внушенія, и указывая, что ему не приходилось наблюдать такой склонности къ контрактурамъ, чтобы, для вызыванія ихъ, было достаточно даже дуновенія.

Но, если, дѣйствительно, такой воспріимчивости къ легкимъ кожнымъ раздраженіямъ, какъ это описываютъ Шарко и Рише и ранѣе описалъ у лицъ здоровыхъ Гайденгайнъ, мнѣ также наблюдать и не приходилось, тѣмъ не менѣе, я могу сказать, что, подъ вліяніемъ легкихъ раздраженій, при существованіи каталепсіи, тонусъ мышцъ несомнѣнно значительно повышается, вслѣд-

ствіе чего, вмѣсто чистой катаlepsii, получается то восковая гибкость членовъ, то наблюдается очень значительное сопротивление при попыткѣ перемѣнить ихъ положеніе, т. е. являются контрактуры. Характерное для катаlepsii свойство мышцъ—переходить изъ одного положенія въ другое, при полномъ отсутствіи сопротивленія и, въ тоже время, точно сохранять въ теченіе продолжительнаго времени приданное имъ новое положеніе исчезаетъ и рѣдко возвращается вновь. Но, такой переходъ катаlepsii въ указанное состояніе контрактуръ происходитъ и безъ всякаго участія со стороны экспериментатора, если только субъектъ способенъ достигать высшихъ степеней гипнотическаго сна.

Такимъ образомъ, у такихъ субъектовъ во время развитія гипнотическаго состоянія, мы можемъ наблюдать катаlepsію, съ полнымъ отсутствіемъ сопротивленія при перемѣщеніи членовъ, которая затѣмъ, черезъ большій или меньшій промежутокъ времени, безъ всякаго кожного раздраженія съ нашей стороны, перейдетъ въ состояніе болѣе повышеннаго тонуса мышцъ, въ состояніе восковой гибкости или ясно выраженныхъ контрактуръ. Если же мы присоединимъ кожное раздраженіе, поглаживаніе или легкое поколачиваніе, то повышение тонуса произойдетъ быстрѣе, какъ непосредственная реакція на раздраженіе, и притомъ частично въ тѣхъ мышцахъ, которыя подверглись такому раздраженію. Но, конечно, одного разсматриваемаго признака недостаточно для характеристики отдѣльной фазы; что же касается другихъ явленій и преимущественно психическихъ, то они непостоянны и нерѣдко между психической дѣятельностью субъекта съ чистой катаlepsіей и того же субъекта съ восковою гибкостью членовъ не существуетъ никакой разницы.

Прежде чѣмъ перейти къ классификаціи Льебо и Бернгейма, слѣдуетъ остановиться на взглядѣ послѣдняго, по которому классификація школы Салпетріеръ основана на заблужденіи, именно, что всѣ характерныя явленія: три стадія и многое другое обусловлено внушеніемъ, вліяніе котораго ускользнуло отъ наблюдателя.

«Только однажды, говоритъ Бернгеймъ, пришлось мнѣ наблюдать рѣзко выраженные три стадія у одной исте-

ричной, которая, какъ оказалось въ послѣдствіи, провела три года въ Салпетріерѣ».

Этотъ взглядъ, представляющій слѣдствіе стремленія Бернгейма разсматривать всѣ гипнотическія явленія, какъ явленія внушенія, едва ли болѣе справедливъ, чѣмъ мнѣніе Рише, приведенное выше, по которому Бернгеймъ вообще имѣлъ дѣло только съ одной фазой, и происходитъ, повидимому, оттого, что Бернгеймъ не обращалъ достаточнаго вниманія на состояніе мышцъ.

Правильнѣе было бы принять во вниманіе, что Рише и самъ не желалъ распространять свою классификацію на всѣ явленія гипнотизма, обособляя наблюдаемыя имъ явленія подъ именемъ истеричнаго гипнотизма. Если, далѣе, онъ и предложилъ называть этотъ истеричный гипнотизмъ «большимъ гипнотизмомъ», исходя изъ того предположенія, что гипнотическія явленія наиболѣе рѣзко выражены у истеричныхъ, то и это обстоятельство свидѣтельствуетъ не о неправильности наблюдений, а о неправильной ихъ оцѣнкѣ въ суммѣ всѣхъ явленій гипнотизма. По мнѣнію Рише, истерическій неврозъ способствуетъ наиболѣе яркому проявленію гипнотическихъ состояній, что въ дѣйствительности совершенно не доказано. Мнѣ приходилось видѣть истеричныхъ, рѣшительно не воспріимчивыхъ къ гипнотизированію, чего не могло бы быть, если бы истерія способствовала развитію гипноза. Изъ здоровыхъ лицъ громадное большинство (до 80<sup>0</sup>/10) хотя до нѣкоторой степени поддается вліянію усыпляющихъ манипуляцій и только не большое число совершенно не воспріимчивы. Поэтому понятно, что истеричный, т. е. человекъ, который считается болѣе предрасположеннымъ къ гипнозу, чѣмъ здоровый, и въ тоже время совершенно не воспріимчивый къ гипнотизированію, прямо свидѣтельствуетъ о томъ, что истерія и гипнотизмъ не имѣютъ между собою такъ много общаго, какъ принимаетъ Рише. Такимъ образомъ, мы приходимъ къ заключенію, что классификація Шарко и Рише можетъ быть приложена только къ истерическому гипнотизму. Подъ этимъ именемъ слѣдуетъ разумѣть гипнотическія явленія, наблюдаемыя у нѣкоторыхъ, но далеко не у всѣхъ истеричныхъ,—оставляя въ сторонѣ вопросъ о томъ, представляютъ ли эти явленія уклоненіе отъ об-

щаго типа гипнотическихъ явленій, обусловленное участіемъ истерическаго невроза, или суть наиболѣе яркое проявленіе гипнотическихъ явленій вообще, являясь такимъ образомъ типомъ, различнаго рода измѣненія котораго намъ приходится наблюдать у здоровыхъ.

Классификація Льебо и Бернгейма состоянія гипнотизма основывается преимущественно на психическихъ измѣненіяхъ, при чемъ соматическіе признаки принимаютъ во вниманіе болѣе какъ сопровождающія, но не какъ характеризующія явленія.

Здѣсь различается шесть степеней сна, при чемъ степень вызваннаго сна различна, смотря по субъекту. Нѣкоторые чувствуютъ только оцѣпененіе болѣе или менѣе выраженное, тяжесть вѣкъ и сонливость. Это первая степень (Льебо).

Сонливость эта можетъ исчезнуть тотчасъ, какъ гипнотизеръ прекращаетъ оказывать свое вліяніе. У нѣкоторыхъ она продолжается нѣсколько минутъ, у другихъ долѣе, — около часа. Субъекты часто остаются инертными, другіе производятъ нѣкоторыя движенія, измѣняютъ положеніе, поворачиваются, но продолжаютъ оставаться сонливыми. Въ одинъ изъ слѣдующихъ сеансовъ этотъ сонъ можетъ перейти въ одну изъ слѣдующихъ степеней. Въ другихъ случаяхъ на оборотъ — дѣло не идетъ далѣе. У одной дамы подобное состояніе производилось Бернгеймомъ болѣе ста разъ, по полчаса продолжительности и, кромѣ этой сонливости первой степени, не получилось ничего болѣе.

Нѣкоторые лица не чувствуютъ сонливости, но остаются съ закрытыми глазами и не могутъ ихъ открыть. Они разговариваютъ, отвѣчаютъ на вопросы, утверждаютъ, что не спятъ, но послѣ словъ: «вы не можете открыть глазъ», дѣлаютъ бесполезныя усилія открыть, ихъ вѣки находятся какъ бы въ состояніи катаlepsis.

Такъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не будетъ сказано, что глаза не могутъ быть открыты.

Это варіація первой степени (Бернгеймъ).

Во второй степени сна вѣки закрыты, члены находятся въ состояніи разслабленія. Субъекты слышатъ все, что говорятъ имъ и что вокругъ нихъ, но остаются подчиненными волѣ усыпившаго; ихъ мозгъ находится



въ томъ состояніи, которое магнитизеры называютъ *hypnotaxie* или *charme*.

Эта степень характеризуется катаlepsіей, вслѣдствіе внушенія (*catalepsie suggestive*).

(Бернгеймъ называетъ здѣсь катаlepsію, происходящей вслѣдствіе внушенія потому, что, по его мнѣнію, она чисто психическая, связанная съ пассивнымъ состояніемъ субъекта, который автоматически удерживаетъ данное положеніе, какъ удерживаетъ полученную идею; у нѣкоторыхъ же лицъ катаlepsія получается только послѣ словеснаго внушенія: «Ваша рука остается въ воздухѣ». Нѣкоторые лица пассивно сохраняютъ данное положеніе, но, если побуждать ихъ перемѣнить его, то они дѣлаютъ усиліе воли и опускаютъ руку; нѣкоторые при этомъ просыпаются. Эти случаи представляютъ степени промежуточныя между первой и второй).

При пробужденіи нѣкоторые лица, не дошедшія до второго стадія, воображаютъ, что они не спали, такъ какъ они помнятъ все, что слышали.

Они думаютъ, что шутили, но, при повтореніи опыта, катаlepsія, вслѣдствіе внушенія, является снова. Если это не сонъ, то все таки это особенное психическое состояніе, которое уменьшаетъ силу мозгового сопротивленія и дѣлаетъ мозгъ воспримчивымъ къ внушенію. Въ третьей степени оцѣпененіе болѣе выражено; осязательная чувствительность можетъ быть понижена или уничтожена.

Кромѣ катаlepsіи вслѣдствіе внушенія, субъектъ способенъ къ автоматическимъ движеніямъ. Если повернуть его руки одну вокругъ другой и сказать, что онъ не можетъ болѣе остановить ихъ, руки будутъ продолжать движеніе въ теченіе неопредѣленно—долгого времени. Субъектъ слышитъ все, что говорится вокругъ него. У нѣкоторыхъ этотъ вращательный автоматизмъ слѣдуетъ за толчкомъ въ руки, такъ что словесное внушеніе не необходимо. Въ этой степени можно отмѣтить контрактуры отъ внушенія.

Четвертая степень характеризуется, кромѣ предшествующихъ явленій, потерей сношеній съ внѣшнимъ міромъ.

Субъектъ слышитъ, что говоритъ экспериментаторъ, но не слышитъ, что говорятъ вокругъ него другія ли-

ца. Его чувства находятся въ сообщеніи только съ усыпившимъ, но онъ не способенъ вступить въ отношенія со всѣми.

Пятая и шестая степени представляютъ собою сомнамбулизмъ и характеризуются, по Льебо, забвеніемъ послѣ пробужденія всего, что происходило во время сна.

Пятая степень—легкій сомнамбулизмъ: субъекты неопредѣлено вспоминаютъ еще что они смутно слышали въ нѣкоторые моменты; нѣкоторыя воспоминанія пробуждаются произвольно. Уничтоженіе чувствительности, катаlepsia вслѣдствіе внушенія, автоматическія движенія, галлюцинаціи отъ внушенія,—всѣ эти явленія выражены вполне.

Въ шестой степени,—въ глубокомъ сомнамбулизмѣ, воспоминаніе о томъ, что приходило во время сна, абсолютно уничтожено и не можетъ пробудиться произвольно. Это воспоминаніе можетъ быть всегда возстановлено искусственно. Субъектъ остается во снѣ по волѣ гипнотизера и дѣлается совершеннымъ автоматомъ послушнымъ всѣмъ его приказаніямъ.

Всѣ факты, положенные въ основаніе, приведенной классификаціи, я могу подтвердить и моими наблюденіями, но нужно замѣтить, что она далеко не обнимаетъ собой всѣхъ гипнотическихъ явленій. Несомнѣнно существуютъ случаи, вполне соотвѣтствующіе той или другой изъ приведенныхъ степеней, но на ряду съ ними существуютъ и другіе, классифицировать которые въ высшей степени затруднительно.

Далѣе, такъ какъ въ приведенной классификаціи почти не нашли себѣ мѣста соматическія измѣненія, то даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она примѣнима, не слѣдуетъ упускать изъ виду наблюденій сдѣланныхъ въ Салпетриерѣ, если не съ цѣлью классификаціи, то въ смыслѣ указанія направленія наблюденій, касающихся состоянія мышцъ, периферическихъ нервовъ, измѣненія кровообращенія и дыханія. Кромѣ приведенныхъ классификацій существуютъ еще и другія раздѣленія гипнотическихъ состояній, также основаныя на психическихъ признакахъ, какъ, напримѣръ, дѣленіе на состоянія: аидеи, мокоидеи и полиидеи,—но онѣ заключаются въ приведенныхъ и мало обобщаютъ явленія, имѣя значеніе чисто описательное. Послѣ этихъ краткихъ

замѣчаній о классификаціи, перейдемъ къ характеристикѣ психическаго состоянія во время гипноза.

### Характеристика психическаго состоянія.

Охарактеризовать психическое состояние во время гипноза возможно, по крайней мѣрѣ, въ такой же степени, какъ психическое состояние душевно-больныхъ,—но объяснить его на столько, чтобы намъ были понятны исполнѣ отчетливо происшедшія измѣненія, нѣтъ никакой возможности. Психическій анализъ слабый и тамъ, гдѣ дѣло касается ежедневныхъ и притомъ основныхъ явленій душевной жизни здороваго человѣка, является еще болѣе безсильнымъ тамъ, гдѣ дѣло касается человѣка, находящагося въ исключительномъ состояніи, въ гипнозѣ, гдѣ мы или совершенно лишены данныхъ самонаблюденія загипнотизированнаго субъекта, или они существуютъ въ такой слабой степени, что почти совершенно не пригодны для провѣрки наблюдений. И наблюдатель дѣлается невольной жертвой всякаго рода предположеній, аналогій и уподобленій.

Пока психологія не станетъ наукой болѣе точной и мы не будемъ имѣть возможности, наблюдая тѣ или другія явленія, съ положительностью заключать о существованіи или отсутствіи явленій другого рода, психическое состояние загипнотизированныхъ будетъ для насъ недостаточно понятнымъ.

Было бы въ высшей степени желательнымъ разсмотрѣніе психическаго состоянія загипнотизированныхъ, соотвѣтственно тѣмъ стадіямъ, или степенямъ сна, которыя мы разсмотрѣли въ классификаціи; но въ настоящее время такая попытка еще преждевременна, такъ какъ психическое состояние, разсматриваемое въ цѣломъ, не измѣняется соотвѣтственно указаннымъ степенямъ. Впрочемъ, въ дальнѣйшемъ изложеніи, мы будемъ имѣть въ виду приведенныя выше дѣленія на степени, гдѣ это можетъ имѣть какое либо значеніе. Сначала мы разсмотримъ психическое состояние во время гипнотическаго сна, а затѣмъ послѣ пробужденія. Слѣдовало бы, пожалуй, отдѣлить еще психическое состояние во время засыпанія,—но такъ какъ въ классификаціи въ число степеней гипнотическаго сна вошло и простое

утомленіе и сонливость, то мы и рассмотрим засыпаніе вмѣстѣ съ первоначальными степенями сна, чтобы не усложнять описанія излишнимъ раздробленіемъ, тѣмъ болѣе имѣющимъ только условный характеръ.

Анализируя психическое состояніе, мы будемъ имѣть въ виду слѣдующія стороны психической дѣятельности:

во 1-хъ—воспринимающую способность психического органа, благодаря которой внѣшнія вліянія производятъ въ немъ тѣ или другія измѣненія;

во 2-хъ—способность комбинировать впечатлѣнія, складывать ихъ въ понятія, сопоставлять въ видѣ умозаключеній, слѣдовательно, познавательную способность.

Кромѣ того, мы рассмотримъ дѣятельность воли и состояніе сознанія.

Всѣ указанныя стороны психической дѣятельности являются до такой степени тѣсно связанными другъ съ другомъ, что полное проявленіе каждой изъ нихъ возможно только при совмѣстной дѣятельности остальныхъ. Особенно важно для насъ имѣть это въ виду для первой изъ упомянутыхъ нами—для воспринимающей способности.

Всякое впечатлѣніе, воспринятое органами чувствъ, становясь ощущеніемъ, возбуждаетъ соотвѣтствующія ассоціаціи, для чего потребно, конечно, воспроизведеніе раньше полученныхъ впечатлѣній;—затѣмъ оно входитъ въ извѣстную группу ощущеній сходныхъ съ нимъ, причемъ до нѣкоторой степени воспроизводятся также впечатлѣнія контрастирующія и, наконецъ, познаваясь нами, какъ такое именно, а не иное впечатлѣніе, достигаетъ наивысшей ясности, будучи апперцепировано сознаніемъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что психическій органъ въ нормальномъ состояніи функціонируетъ весь и всѣ стороны его дѣятельности проявляются даже въ простѣйшихъ актахъ, и естественно ожидать, что, если мы наблюдаемъ нарушенія какой либо одной стороны дѣятельности психического органа, мы получимъ также нарушение и остальныхъ сторонъ, почему какъ простѣйшіе, такъ и наиболѣе сложные акты станутъ не совершенны.

Въ начальныхъ степеняхъ гипноза, (по классификаціи Бернгейма) по мѣрѣ того, какъ развивается сонливость, сопровождаемая обыкновенно анестезіей (потен-

рей чувствительности) всего тѣла, замѣчается постепенно увеличивающееся ослабленіе психической дѣятельности. Память слабѣетъ, соображеніе также, воспримчивость къ внѣшнимъ раздраженіямъ уменьшается. Особенно удобно наблюдать это въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ теряется способность открывать глаза и гдѣ субъектъ можетъ быть удержанъ въ состояніи сонливости продолжительное время (варіація 1-й степени).

На первый взглядъ психическая дѣятельность такихъ субъектовъ кажется нормальной. Они разговариваютъ, говорятъ, что не спятъ, часто утверждаютъ даже, что не чувствуютъ ни малѣйшей склонности ко сну, но, при нѣкоторомъ вниманіи, легко замѣтить, что это не такъ. Уже рѣчь во многихъ случаяхъ является измѣненной: слова выговариваются медленно, какъ бы съ нѣкоторымъ трудомъ. Легко замѣтить также, что память значительно ослабѣла. Вещи, хорошо извѣстныя, исчезаютъ изъ памяти, при чемъ сознаніе этого исчезновенія, повидимому, отсутствуетъ и, напримѣръ, на вопросъ:—помните ли вы, положимъ, Отче Нашъ, чаще всего получается утвердительный отвѣтъ. Но, какъ только спящій попытается сказать требуемое, оказывается, что онъ обманулся. Съ трудомъ произноситъ онъ первыя слова молитвы и память измѣняетъ ему. Попробуйте подсказать, и онъ будетъ повторять за вами только то, что вы подсказали,—рѣдко болѣе. Часто повтореніе совершается съ той же интонаціей, которую вы умышлено придаете вашей рѣчи. Скажите быстро нѣсколько фразъ, и спящій повторитъ только первыя, остальные онъ не удержалъ въ своей памяти. Попробуйте съ нимъ разговаривать и окажется, что онъ можетъ отвѣчать только на вопросы несложные, и отвѣты его медленны и кратки; фразы состояются уже не съ той живостью, какъ это было передъ сномъ: ассоціаціи видимо совершаются медленно и съ трудомъ.

Это подавленіе психической дѣятельности можетъ простирается почти до полного уничтоженія. Впрочемъ, вопросъ о прекращеніи психической дѣятельности не легко рѣшить опредѣленно. Субъекты неспособные произнести ни одного слова, ни издать ни одного звука, ни сдѣлать движенія какимъ либо членомъ, послѣ пробужденія, помнятъ происходившее съ ними и, если

ошибаются относительно времени, проведеннаго во снѣ—тѣмъ не менѣе обнаруживаютъ, что непрерывность сознанія между періодомъ до сна и періодомъ во время сна не нарушалась. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспоминаніе отсутствуетъ и здѣсь уже трудно сказать, существовала ли во время сна какая либо психическая дѣятельность.

Что субъекты слышатъ, явствуетъ изъ того, что они просыпаются подъ вліяніемъ словеснаго внушенія; но иногда внушеніе оказывается недостаточнымъ и приходится присоединять пассы, дуновеніе въ глаза, чтобы достигъ совершеннаго пробужденія и пробужденный субъектъ не знаетъ, гдѣ онъ былъ, что съ нимъ дѣлали, долго ли продолжался сонъ.

Въ виду того, что рассматриваемая нами 1-я степень гипнотическаго сна, соотвѣтствуетъ, повидимому, летаргическому состоянію у истеричныхъ \*), такъ какъ здѣсь наблюдается также разслабленіе членовъ, глубокое дыханіе, краснота лица, нѣсколько большее, чѣмъ прежде, наполненіе артерій,—я полагаю уместнымъ упомянуть здѣсь о томъ, что въ летаргическомъ состояніи, по мнѣнію Ринне, психическія явленія совершенно отсутствуютъ. Въ большинствѣ случаевъ наблюдается полное мозговое оцѣпененіе. Онъ такъ описываетъ это состояніе: больная какъ бы погружена въ глубокое коматозное состояніе, изъ котораго ее не можетъ вывести никакое раздраженіе. Иногда, впрочемъ, на многочисленные призывы ея по имени, она отвѣчаетъ нѣсколько ускореннымъ дыханіемъ. Иногда можно даже заставить ее встать, дергая ее за рукавъ.

---

\*. Я тѣмъ болѣе считаю себя въ правѣ принимать такое соотвѣтствіе, что въ одномъ случаѣ, у истеричнаго юноши, мнѣ пришлось наблюдать повышенную мышечную возбудимость именно въ этой 1-й степени гипнотическаго сна. Это, конечно, не даетъ еще возможности отождествлять летаргію съ первой степенью сна у здороваго, такъ какъ летаргія, будучи производима извѣстными способами, какъ, напримѣръ: надавливаніе на вѣки, появляется во время сна когда угодно, находится ли субъектъ въ высшихъ степеняхъ: въ катаlepsis и somnambulismъ,—или нѣтъ; и далѣе при естественномъ развитіи гипнотическихъ явленій она можетъ быть то начальнымъ, то послѣдующимъ стадіемъ, какъ это утверждаетъ Шарко, что совершенно не относится къ первой степени гипнотическаго сна.

И здѣсь, какъ и въ приведенныхъ выше случаяхъ, мы имѣемъ дѣло скорѣе съ пониженіемъ, чѣмъ съ прекращеніемъ функции психическаго органа.

Еще болѣе трудно высказать что либо опредѣленное о состояніи психической дѣятельности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ субъекты съ трудомъ могутъ быть выведены изъ состоянія сна. Внушеніе совершенно уже не дѣйствительно; приказаніе проснуться остается безъ всякаго результата; спящій, повидимому, ничего не слышитъ, ничего не чувствуетъ и нужно употребить довольно энергичныя усилія, чтобы вывести его изъ этого состоянія. Конечно, здѣсь уже вѣроятнѣе предположить дѣйствительное прекращеніе психической дѣятельности подобное тому, какое мы наблюдаемъ въ глубокомъ физиологическомъ снѣ, или еще большее, какъ, напр., въ обморокѣ.

Въ разсматриваемомъ нами состояніи первыхъ степеней сна наблюдается и ослабленіе способности къ произвольнымъ движеніямъ почти до полного ея уничтоженія. Что она не исчезаетъ совсѣмъ, свидѣтельствуютъ легкія движенія пальцами, которыя дѣлаются спящимъ, и еще лучше тѣ случаи, гдѣ мышцы проявляютъ нѣкоторую склонность къ катаlepsii или къ слабымъ контрактурамъ. Въ такихъ случаяхъ, напр., согнутая рука остается нѣкоторое время въ приданномъ ей положеніи, но затѣмъ субъектъ произвольно старается ее разогнуть и нерѣдко успѣваетъ въ этомъ. Что въ разгибаніи не играетъ роли сила тяжести—ясно изъ того, что оно происходитъ иногда скачками по мѣрѣ накопленія нервной энергіи; движеніе прекращается, когда запасъ произвольнаго напряженія истощается и черезъ нѣкоторое время является новый скачекъ.

Такимъ образомъ въ первыхъ степеняхъ способность воспроизведенія и комбинированія воспріятій является пониженной.

Что касается воспринимающей способности, то нѣкоторые признаки могутъ повести къ заключенію, что дѣятельность органовъ чувствъ въ начальной степени гипноза повышается. Такъ, будучи разбужены, нѣкоторые лица утверждаютъ, что они не могли заснуть глубже, потому что имъ мѣшало то тиканье часовъ въ карманѣ гипнотизирующаго, или въ ихъ собственномъ

\*

карманѣ, то шепотъ лицъ, присутствующихъ въ комнатѣ, то говоръ, слабо доносившійся изъ другихъ комнатъ, или слишкомъ яркій свѣтъ, хотя бы въ комнатѣ находилась только одна стеариновая свѣча, и то поставленная позади гипнотизируемаго.

Но такіе и тому подобные признаки обыкновенно не бываютъ въ рассматриваемой степени выражены съ особенной рѣзкостью и легко могутъ быть объяснены тѣмъ, что сознаніе, при пониженіи высшихъ функций, невольно сосредоточивается на немногихъ ощущеніяхъ, приходящихъ время отъ времени, или постоянно извнѣ, такъ что признать повышение функций тѣхъ или другихъ частей мозга нѣтъ достаточныхъ основаній.

Съ вопросомъ о повышенной дѣятельности тѣхъ, или другихъ частей психическаго органа, мы встрѣтимся при разсмотрѣніи высшихъ степеней сна, гдѣ явленія аналогичныя приведеннымъ по временамъ бываютъ выражены очень рѣзко.

Не входя въ ближайшее разсмотрѣніе промежуточныхъ степеней, гдѣ, не встрѣчая ничего особенно характернаго, мы находимъ только соединеніе тѣхъ, или другихъ явленій, свойственныхъ то высшимъ, то нисшимъ степенямъ сна, мы перейдемъ прямо къ описанію высшихъ степеней.

Здѣсь я позволю себѣ привести небольшую историческую замѣтку.

Въ 1784 году одинъ изъ учениковъ Месмера, маркизъ де Пюизегюръ, посвящая свое свободное время магнетизированію крестьянъ, по примѣру своего учителя, однажды замѣтилъ случайно явленіе совершенно новое. Впрочемъ, по мнѣнію самого Пюизегюра, эти явленія были уже извѣстны Месмеру, который скрывалъ ихъ отъ своихъ учениковъ. Именно, одинъ молодой 23-хъ лѣтній крестьянинъ, по имени Викторъ, уже 4 года страдавшій приливами къ груди (?), погрузился во время магнетизированія въ спокойный сонъ безъ конвульсій и боли <sup>1)</sup>.

Онъ говорилъ и рассказывалъ о своихъ дѣлахъ. Можно было измѣнять безъ труда теченіе его мыслей,

<sup>\*</sup>) Извѣстно, что, по мнѣнію Месмера, конвульсіи были особенно желательнымъ явленіемъ, свидѣтельствовавшимъ о благотворномъ дѣйстви магнетизированія.



внушать ему веселыя чувства; иногда онъ принималъ довольный видъ и воображалъ, что онъ танцуетъ на праздникѣ. Простой и глуповатый, въ состояніи бодрствованія, во время сна онъ сталъ человѣкомъ глубокаго ума; не нужно было говорить ему: было достаточно думать передъ нимъ, чтобъ онъ понималъ вопросы и давалъ отвѣты. Стоило только подумать нѣкоторыя приказанія и онъ исполнялъ ихъ. Онъ самъ указалъ лѣченіе нужное для его болѣзни и скоро былъ излѣченъ.

Въ этомъ наблюденіи, сдѣланномъ болѣе ста лѣтъ тому назадъ, соединилось все, что впоследствии такъ волновало умы, что сдѣлалось источникомъ многочисленныхъ заблужденій, вызвало ожесточенные споры и стало предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій въ послѣднее время. Нужно замѣтить, впрочемъ, что это наблюденіе, какъ и множество сдѣланныхъ въ старое время, далеко не можетъ считаться точно констатированнымъ фактомъ. Но въ то же время справедливость нѣкоторыхъ указаній подтверждается многочисленными изслѣдованіями современныхъ намъ ученыхъ и даже возможность исполненія тѣхъ приказаній, о которыхъ только думалъ магнетизеръ, не можетъ быть въ настоящее время отрицаема слишкомъ поспѣшно. Къ этому мы еще вернемся, говоря о мысленномъ внушеніи.

Съ этимъ состояніемъ, названнымъ Пюизегюромъ магнетическимъ сомнамбулизмомъ, соединялись самыя невѣроятныя предположенія. Утверждали, что сомнамбулы обладаютъ различными способностями, которыя не существуютъ у обыкновенныхъ людей; что они могутъ видѣть безъ помощи глазъ концами пальцевъ; что они могутъ распознавать болѣзни, какъ свои, такъ и другихъ людей и назначать лѣченіе, вообще обладаютъ даромъ ясновидѣнія и могутъ предсказывать будущее и проч. и проч.

Нѣкоторыя изъ этихъ утвержденій оказались не только ошибочными, но и прямо ложными, и лица, дѣлавшія ихъ, обманутыми, или обманщиками; другія, какъ, напр., способность распознаванія и лѣченія болѣзней, равно какъ и способность ясновидѣнія, не могли быть доказаны.

Что касается ясновидѣнія, то я полагаю хотя кратко возвратиться къ этому вопросу, когда мы ближе ознакомимся съ явленіями сомнамбулизма и намъ станутъ понятны многочисленные и трудно устранимые источники ошибокъ лицъ, утверждавшихъ, что они наблюдали фактъ ясновидѣнія.

Большинство наблюдений, произведенныхъ съ цѣлю изученія гипнотическихъ явленій, сдѣлано именно надъ сомнамбулизмомъ и, не смотря на это, далеко не окончено. Не рѣдко наблюдаемые разными лицами факты, даже противорѣчатъ между собою; это въ значительной степени зависитъ отъ индивидуальности изслѣдователя и, главнымъ образомъ, изслѣдуемаго, индивидуальности, вліяніе которой такъ велико, что безъ преувеличенія можно сказать, что нѣтъ почти случая вполне похожаго на другой. Впрочемъ, при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, наблюдаемая явленія у двухъ или нѣсколькихъ лицъ могутъ быть совершенно сходными; именно тогда, когда гипнотизируемые лица усыпляются одно послѣ другаго, въ общемъ ихъ присутствіи. Вліяніе подражанія здѣсь проявляется съ чрезвычайной силой, такъ что, желая получить естественную картину развитія гипнотическихъ явленій, мы должны брать субъектовъ, по возможности, не выдававшихъ гипнотизированныхъ, и какъ можно меньше знакомыхъ съ детальными проявленіями гипноза. Понятно поэтому, что употребляемый нѣкоторыми способъ усыпленія посредствомъ внушенія также можетъ дать намъ обманчивые результаты. Способъ этотъ заключается въ томъ, что гипнотизеръ утверждаетъ, что у гипнотизируемаго развиваются въ извѣстной постепенности разные симптомы засыпанія. На предрасположенныхъ субъектовъ внушеніе скоро производитъ свое дѣйствіе и внушенные признаки дѣйствительно появляются. По мѣрѣ развитія ихъ, сопротивленіе субъекта, и безъ того слабое, дѣлается все слабѣе, и, наконецъ,—исчезаетъ совершенно: онъ превращается въ автомата и мы имѣемъ передъ собой вполне развитое сомнамбулическое состояніе. При такихъ условіяхъ, конечно, невозможно различить явленія, внушенные наблюдателемъ, отъ тѣхъ, которыя должны бы развиваться, въ качествѣ естественныхъ проявленій гипноза.

Отсюда уже само собой вытекаетъ требованіе, чтобы гипнотизеръ воздерживался отъ всякаго вмѣшательства въ смыслъ ускоренія или измѣненія развитія тѣхъ, или другихъ отдѣльныхъ проявленій гипнотического сна.

Это требованіе признается всѣми, занимающимися разсматриваемымъ нами вопросомъ, но выполненіе его встрѣчаетъ значительныя затрудненія. Возможно избѣжать прямого внушенія, но во многихъ случаяхъ будутъ служить помѣхой внушенія косвенныя, зависящія отъ тѣхъ представленій, которыя составлены субъектомъ, на основаніи видѣннаго или лишь воображаемаго относительно гипноза. Это особенно относится къ тѣмъ случаямъ, гдѣ опыты производятся надъ большимъ числомъ лицъ, въ одномъ и томъ же мѣстѣ, напр., въ больницѣ надъ находящимися тамъ больными. Если бы даже опыты производились въ отдѣльной комнатѣ, что дѣлается далеко не всегда, то и тогда можно съ увѣренностью сказать, что черезъ нѣкоторое время всѣ находящіеся въ больницѣ будутъ знакомы со всѣми деталями этихъ опытовъ, тѣмъ болѣе что экспериментаторъ не можетъ ихъ разнообразить до безконечности и многіе изъ нихъ будутъ повторяться неоднократно. Такого рода свѣдѣнія будутъ, конечно, распространяться и за предѣлами данной больницы и неудивительно, что многіе изъ вновь поступающихъ больныхъ будутъ при самомъ поступленіи въ больницу уже почти увѣрены, что съ ними, при данныхъ условіяхъ непременно случится то, или другое.

Наступленіе сна можно считать фактомъ съ того момента, когда гипнотизируемый, на вопросъ: «спитъ ли онъ» отвѣчаетъ утвердительно. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря на то, что всѣ признаки сна находятся на лицѣ, мы все таки получимъ отвѣтъ отрицательный и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ настойчиваго, повтореннаго нѣсколько разъ, утвержденія гипнотизера, что сонъ наступилъ, опять получается отрицаніе,—сонъ слѣдуетъ считать неполнымъ.

Иногда отрицаніе сна обусловливается неправильнымъ представленіемъ спящаго о гипнотическомъ снѣ, такъ какъ, не зная, что во время этого сна можно слы-

шать и разговаривать, спящій не можетъ связать свое состояніе съ представленіемъ о снѣ. Въ большинствѣ же случаевъ повидимому существуетъ настолько характерный моментъ наступленія гипнотическаго сна, что даже лица, не имѣющія о немъ понятія, считаютъ съ этого времени себя спящими. Конечно, вѣроятно, что слово *сонъ* употребляется не въ смыслѣ опредѣленія, но въ смыслѣ названія наиболѣе подходящаго, по мнѣнію загипнотизированнаго къ данному состоянію, но, во всякомъ случаѣ, оно характеризуетъ наступленіе новаго состоянія, совершенно отличнаго отъ прежняго.

Что наступленіе сна чувствуется независимо отъ внушенія гипнотизера, — подтверждается тѣми случаями, гдѣ лица, способныя къ глубокому сну, но не усыпленные въ первые сеансы, настойчиво утверждаютъ, что они не спали, но могутъ заснуть и дѣйствительно въ послѣдствіи у нихъ развиваются явленія сомнамбулизма.

Одинъ изъ моихъ товарищей, котораго я гипнотизировалъ съ терапевтической цѣлью, почувствовалъ наступленіе сна прежде, чѣмъ успѣли развиваться какіе либо объективные признаки гипноза и прежде, чѣмъ я счелъ возможнымъ сдѣлать ему вопросъ, онъ рѣзко измѣненнымъ голосомъ произнесъ: «я сплю», вслѣдъ за чѣмъ у него проявились въ крайне своеобразной формѣ и другіе признаки гипноза.

Въ большинствѣ случаевъ сомнамбулизмъ сопровождается каталепсіей, или такимъ состояніемъ мышцъ, когда могутъ развиваться различной степени контрактуры, особенно легко появляющіяся подъ вліяніемъ внѣшнихъ раздраженій. Давать подробную характеристику физическаго состоянія при сомнамбулизмѣ я считаю излишнимъ. Достаточно указать на рѣзкій, каждому замѣтный признакъ, — на способность членовъ и туловища сохранять въ теченіи очень долгаго времени приданное имъ положеніе. Человѣкъ превращается въ совершенную статую, при чемъ позы его представляютъ нерѣдко такую легкость и изящество, что превосходятъ въ этомъ отношеніи изваянія величайшихъ художниковъ.

Обращаясь къ описанію психическаго состоянія при сомнамбулизмѣ, остановимся предварительно нѣкоторое

время на разсмотрѣніи дѣятельности органовъ чувствъ и движенія.

*Зрѣніе* въ состояніи сомнамбулизма по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ обостряется, по мнѣнію другихъ ослабляется до полного уничтоженія. Обострѣніе доказывается тѣмъ, что сомнамбулы въ состояніи читать въ полутемной комнатѣ такой шрифтъ, который не различается ими въ бодрственномъ состояніи, даже при полномъ свѣтѣ. Нѣкоторые утверждаютъ, что чтеніе возможно даже при томъ условіи, когда книга находится позади читающаго,—за его затылкомъ. Я не наблюдалъ такихъ фактовъ и ничего не могу сказать о нихъ. Мнѣ приходилось дѣлать слѣдующій опытъ, который также приводится иногда какъ доказательство факта обострѣнія зрѣнія сомнамбуль: предлагая сомнамбулю визитную карточку, я говорю, что на чистой ея сторонѣ находится портретъ Тургенева; вслѣдъ затѣмъ ей предлагается другая карточка, гдѣ будто бы находится портретъ Гоголя, затѣмъ Лермонтова и иногда еще четвертая карточка уже безо всякаго внушенія. Потомъ я предлагаю ей тѣ же карточки въ измѣненномъ порядкѣ, и она узнаетъ тотчасъ же, не существующіе въ дѣйствительности, портреты Лермонтова, Тургенева, и т. д. Долженъ впрочемъ сказать, что вполне безошибочное распознаваніе было мною получено только при одномъ опытѣ: чаще и у этой особы, и у другихъ происходитъ нѣкоторая путаница, что зависитъ, конечно, оттого, что иногда попадаютъ карточки, хотя съ ничтожными примѣтами, въ другихъ же гораздо болѣе частыхъ случаяхъ онѣ во всѣхъ отношеніяхъ подобны одна другой и, конечно, различны бытъ не могутъ.

*Увство обонянія*, если судить по тому, насколько сомнамбулы распознаютъ различныя пахучія вещества, ослабляется, хотя существуютъ наблюденія и противуположнаго свойства. На одномъ изъ нихъ я останавлиюсь, такъ какъ оно представляетъ особенный интересъ.

Нѣкоторыя лица <sup>1)</sup> съ состояніи сомнамбулизма обладали такимъ тонкимъ обоняніемъ, что могли узнавать, исключительно по запаху, владѣльца предлагаемой

<sup>1)</sup> James Braid. *Neurypnologie*. Paris, 1883.

имъ вещи. Если имъ давали перчатку и просили узнать, кому онъ принадлежитъ, они дѣлали по комнатѣ кругъ и безошибочно находили владѣльца перчатки. При затыканіи ноздрей, способность ясновидѣнія исчезала. *Осязаніе* измѣняется также различно: то констатируется обострѣніе этого чувства (Berger), то, наоборотъ, пониженіе его, доходящее до нуля. Относительно *слуха* и *вкуса* нельзя сказать ничего опредѣленнаго.

Такимъ образомъ мы съ увѣренностью можемъ сказать, что дѣятельность органовъ чувствъ непретерпѣваетъ качественныхъ измѣненій и, слѣдовательно, гипнотическое состояніе всецѣло обуславливается измѣненіемъ дѣятельности центровъ.

Особенное состояніе мышцъ свидѣтельствуешь о томъ, что клѣтки спинного мозга находятся въ состояніи возбужденія. Периферическіе нервы также претерпѣваютъ измѣненія, въ смыслѣ увеличенія возбудимости, какъ это явствуетъ изъ явленій нервно-мышечной возбудимости, констатированной Шарко у истеричныхъ.

Приведенные факты были положены нѣкоторыми авторами въ основаніе того предположенія, что дѣятельность нѣкоторыхъ отдѣловъ мозга повышается, вслѣдствіе измѣненія распредѣленія крови.

Не отрицая вліянія этой причины, впрочемъ не доказаной съ положительностью, — нельзя однако упустить изъ виду и той зависимости, которая существуетъ между дѣятельностью различныхъ отдѣловъ центральной нервной системы. Намъ извѣстенъ фактъ повышенія рефлекторной возбудимости нисшихъ мозговыхъ центровъ, при пониженіи дѣятельности высшихъ. Возможно допустить въ этомъ случаѣ задерживающее вліяніе послѣднихъ на дѣятельность первыхъ. Слѣдовательно, имѣя передъ собою указаніе на повышение дѣятельности нисшихъ центровъ, при удаленіи или ослабленіи высшихъ, — мы можемъ предположить уничтоженіе прежде существовавшего задерживающаго вліянія, не позволявшаго дѣятельности нисшихъ центровъ, проявиться во всей своей силѣ. Такимъ образомъ здѣсь будетъ рѣчь только о пониженіи дѣятельности высшихъ центровъ, дающей въ результатъ только освобожденіе функціональной энергіи нисшихъ центровъ, а никакъ не повышенія ея.

Въ виду этого, приведенные факты обострѣнія зрѣнія или обонянія, равно какъ и факты нервно-мышечной возбудимости, теряютъ свое общее значеніе и передъ нами возникаетъ вопросъ, о томъ, какъ велика была воспримчивость подвергавшихся опыту субъектовъ къ разнаго рода вліяніямъ въ нормальномъ состояніи.

Наконецъ, нельзя, не принять во вниманіе и вліянія чисто психическаго фактора. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ нормальномъ состояніи многія впечатлѣнія, ниже извѣстнаго минимума силы, будучи воспринимаемы соотвѣтствующими органами, не выходятъ изъ безсознательной сферы и не достигаютъ сознанія, наполненнаго впечатлѣніями большей силы, возбуждающими большее количество сложныхъ процессовъ, привлекающихъ къ себѣ все вниманіе; и, какъ только вниманіе будетъ обращено на соотвѣтствующія слабыя впечатлѣнія, многія изъ нихъ становятся сознательными.

Къ категоріи фактовъ, свидѣтельствующихъ, что воспримчивость организма загипнотизированныхъ къ внѣшнимъ вліяніямъ превосходитъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ чрезвычайной степени, среднюю воспримчивость нормальнаго состоянія и опыты съ дѣйствіемъ лекарствъ на разстояніи, описанные въ 1885 году Bouggu и Vigot. Въ ноябрѣ прошлаго 1886 года опыты эти были повторены Luys, который не только подтвердилъ результаты, полученные Bouggu и Vigot, но сдѣлалъ еще новыя наблюденія въ этомъ направленіи <sup>1)</sup>. По словамъ этихъ авторовъ лекарства, запаянныя въ стеклянныя трубочки и помѣщенныя вблизи спящаго субъекта, оказываютъ свое физиологическое дѣйствіе съ значительной силой, такъ что наблюдатель, не знавшій, какое именно лекарство было заключено въ данную трубку, могъ опредѣлить его, по имѣющемуся передъ его глазами физиологическому эффекту. Такъ, на примѣръ, 10 граммъ коньяку, заключеннаго въ запаянную трубку производятъ черезъ 10 минутъ у загипнотизированнаго симптомы опьяненія; 10 граммъ воды, при тѣхъ

<sup>1)</sup> Dr. Rousseau въ самое послѣднее время (въ октябрьской книжкѣ l'Encéphale) также приводитъ случай, гдѣ дѣйствіе лекарствъ обнаруживалось на разстояніи.

же условіяхъ, черезъ нѣсколько минутъ вызываютъ у нѣкоторыхъ лицъ сжатіе челюстей, спазмы въ горлѣ, слюнотеченіе, тугоподвижность шеи, словомъ картину водобоязни. Наконецъ, Luys бралъ 4 грамма эссенціи тиміанъ и помѣщалъ ее въ хорошо заткнутой стеклянкѣ передъ шейю загипнотизированной дамы, находившейся въ летаргическомъ стадіи, при чемъ наблюдалось выпячиваніе глазныхъ яблокъ, какъ при патологическихъ случаяхъ; лицо становилось краснымъ, фіолетовымъ, шея увеличивалась въ объемѣ и быстро достигала необыкновенной величины. Область щитовидной желѣзы, въ нормальномъ состояніи имѣвшая 31 сантиметръ въ окружности, быстро достигла 36 сантиметровъ. Эти измѣненія увеличивались съ такой быстротой, что д-ръ Luys успѣвши прекратить опытъ, опасаясь серьезныхъ нарушеній кровообращенія. Къ описанію опыта приложены фотографическіе снимки, гдѣ изображается подвергавшаяся опыту дама до и послѣ приложенія эссенціи тиміана. Разница между портретами дѣйствительно очень большая, но отчего и какимъ образомъ произошла эта разница,—остается совершенно невыясненнымъ. Опыты производились съ большимъ количествомъ разнаго рода веществъ, газообразныхъ, жидкихъ и твердыхъ, запаянныхъ въ стеклянные трубки и Luys пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Явленія получаются различныя, смотря потому, прикладываются ли трубки съ правой, или съ лѣвой стороны; на примѣръ: при приложеніи трубки слѣва—возбуждается чувство радости, а при приложеніи той же трубки справа—чувство ужаса.

2) Явленія измѣняются, если проводить трубку надъ различными областями, или надъ органами чувствъ; на примѣръ: одно и тоже вещество, приложенное къ затылку, возбуждаетъ чувство ужаса, а приложенное у правой щеки, возбуждаетъ чувство радости.

Обязательнымъ условіемъ опытовъ считается нахожденіе субъекта въ состояніи летаргіи съ нервно-мышечной возбудимостью.

Сдѣлать, на основаніи такого рода наблюденій, какое либо заключеніе пока не представляется возможности. Что касается до самыхъ фактовъ,—то, на ряду со мно-



гими другими наблюденіями во время гипнотическаго сна, они не представляются невѣроятными, и нужно надѣяться, что въ недалекомъ будущемъ они найдутъ себѣ достаточное разъясненіе <sup>1)</sup>). Нельзя не пожалѣть, что въ комиссію, назначенную Парижской медицинской Академіей, для провѣрки опытовъ Luys, не вошли лица, спеціально знакомыя съ вопросами гипнотизма: Шарко уклонился отъ участія въ этой комиссіи на томъ основаніи, что моментъ для объясненія упомянутыхъ явленій еще не поступилъ <sup>2)</sup>).

Наиболѣе характерное измѣненіе психической дѣятельности въ сомнамбулизмѣ наблюдается въ сферѣ воспроизведенія ранѣ полученныхъ образовъ,—въ сферѣ воспоминанія.

Нельзя сказать, что память обостряется въ томъ смыслѣ, что воспроизводятся такіе образы, воспроизведеніе которыхъ въ нормальномъ состояніи рѣшительно невозможно. И бодрствующій человѣкъ иногда вспоминаетъ съ большой подробностью мелочныя, случайныя обстоятельства давно прошедшаго времени, на которыя онъ въ моментъ ихъ существованія, казалось, не обратилъ никакого вниманія, такъ что въ этомъ отношеніи я не могъ замѣтить большой разницы между лицами спящими и бодрствующими. Но въ яркости возникающихъ образовъ разница бываетъ очень значительна. У загипнотизированныхъ эта яркость почти или, быть можетъ, и вполнѣ такова, какъ въ моментъ дѣйствительнаго воздѣйствія на психическую сферу то-

<sup>1)</sup> Voisin и позже Bernheim (*Revue d. l'hypnotisme*. Dec. 1887); наблюдавшіе дѣйствіе лекарствъ на разстояніи, полагаютъ, что здѣсь играетъ главную роль внушеніе, вліяніе котораго было ясно выраженнымъ въ ихъ опытахъ. Быть можетъ, здѣсь заключается и дѣйствительное рѣшеніе вопроса. Трудность окончательнаго рѣшенія заключается однако въ томъ, что Luys считаетъ, какъ мы видимъ, необходимымъ условіемъ для обнаруженія дѣйствія лекарствъ на разстояніи летаргическое состояніе, тогда какъ Voisin и Bernheim дѣлали наблюденія надъ лицами, находившимися въ сомнамбулизмѣ. Правда, Bernheim считаетъ и летаргію результатомъ внушенія. Но тогда одно изъ двухъ: или Luys неправильно опредѣляетъ состояніе своихъ субъектовъ, называя его летаргіей, которая должна характеризоваться отсутствіемъ воспріимчивости къ внушеніямъ, или же опыты Voisin и Bernheim'a, какъ относящіеся къ другому состоянію, не могутъ идти въ противовѣсъ опытамъ Luys'a и такимъ образомъ вопросъ остается по прежнему открытымъ.

<sup>2)</sup> *Revue de l'hypnotisme* 1887.

го или другого внѣшняго образа. Къ этому надо прибавить, что воспроизведеніе полученнаго когда то возбужденія распространяется на всѣ отдѣлы нервной системы, принимавшіе участіе въ образованіи извѣстнаго представленія, и возникаетъ вновь не только въ центральныхъ частяхъ нервной системы въ клѣткахъ коры головного мозга, но и въ периферическихъ органахъ воспріятія <sup>1)</sup>. Чтобы образы, возникающіе въ сознаніи, могли имѣть ту степень яркости, при которой они являются единичными, господствующими образами, надо, чтобы тѣ условія, на основаніи которыхъ мы имѣемъ возможность отличать наше воспоминаніе или даже обманъ нашихъ чувствъ отъ дѣйствительныхъ воспріятій, — отсутствовали. Это дѣйствительно и наблюдается. Загипнотизированный можетъ, какъ мы видѣли выше, видѣть, слышать, когда его вниманіе обращается на зрительныя или слуховыя впечатлѣнія, но, безъ этого, хотя онъ также видитъ, слышитъ и ощущаетъ, — его ощущенія не апперцепируются болѣе; вслѣдствіе этого оцѣнка воспринимаемыхъ впечатлѣній невозможна, съ одной стороны потому, что они не достигаютъ наибольшей ясности, которая получается при устремленіи на нихъ вниманія, съ другой стороны потому, что ассоціація у загипнотизированныхъ совершается въ высшей степени слабо. Человѣкъ является передъ нами какъ бы оторваннымъ отъ внѣшняго міра съ того момента, какъ онъ погрузился въ сонъ. Окружающее не существуетъ для него болѣе. Онъ не знаетъ, гдѣ онъ, что совершается съ нимъ и вокругъ него, не знаетъ часто, кто онъ.

Вся психическая жизнь ограничивается почти только воспроизведеніемъ прежде воспріятыхъ образовъ, представленій, идей. II, такъ какъ получаемыя извнѣ впечатлѣнія остаются болѣею частью неясными и ассоціаціи совершаются не такъ легко, какъ въ нормальномъ состояніи, то, подъ вліяніемъ тѣхъ единичныхъ возбужденій, которыя съ болѣею интензивностью доходятъ до сознанія, и возникаютъ въ сознаніи только соотвѣтствующія ассоціи и психическая дѣятельность является до крайности односторонней.

<sup>1)</sup> Binet et Féré. Le magnetisme animal. 1887.

Понятно, что этимъ даны всѣ условія для того, чтобы воспроизведенный образъ не могъ быть отличенъ отъ дѣйствительнаго, а, слѣдовательно, даны и условія появленія галлюцинацій, которыя и достигаютъ въ сомнамбулизмъ чрезвычайной силы.

Нельзя пройти молчаніемъ тѣхъ фактовъ, которые приводятся, какъ доказательство повышенія дѣятельности психическаго органа у сомнамбулъ. Въ упомянутомъ мною случаѣ Пюизегюра указывалось на то, что человѣкъ, уснувшій сомнамбулическимъ сномъ, казался человѣкомъ глубокаго ума, хотя на самомъ дѣлѣ онъ былъ весьма недалекимъ въ состояніи бодрствованія. Конечно, случай изъ столь давняго времени, приводимый безъ тщательнаго описанія, не долженъ бы и останавливать нашего вниманія, такъ какъ онъ не только не можетъ что либо доказывать, но не можетъ даже дать яснаго представленія о фактѣ; но и позднѣйшія наблюденія также не даютъ намъ удовлетворительнаго понятія объ условіяхъ, среди которыхъ произошло наблюденіе, такъ что чрезвычайно трудно судить, насколько кажущаяся повышенная дѣятельность являлась обычной односторонней дѣятельностью психическаго органа подъ вліяніемъ внушенія.

Съ нѣкоторыми случаями, могущими подать поводъ къ предположенію о повышеніи психической дѣятельности мы встрѣтимся, говоря о внушеніи, и обсужденіе ихъ значенія будетъ болѣе правильнымъ послѣ того, какъ мы познакомимся съ этимъ важнымъ вопросомъ.

Нѣкоторые авторы указываютъ на то, что они наблюдали, во время сомнамбулизма, чрезвычайное обострѣніе памяти, такъ что, заставляя, напримѣръ, прочитать спящаго страницу незнакомой ему книги и затѣмъ повторить прочитанное, они поражались точностью воспроизведенія. Цѣлые періоды на иностранныхъ языкахъ, незнакомыхъ сомнамбулѣ, воспроизводились съ необыкновенной точностью, будучи однажды прочтены или прослушаны. Здѣсь идетъ рѣчь уже не о воспроизведеніи, которое, какъ было указано, въ сомнамбулизмѣ мало отличается отъ нормальнаго, а объ усвоеніи, проявляющемся съ силой и ясностью, далеко превосходящими нормальное состояніе памяти. При разсмотрѣніи

такихъ фактовъ мы встрѣчаемся съ слѣдующими соображеніями.

Мы уже видѣли, что измѣненія разнаго рода состояній въ сомнамбулическомъ снѣ происходятъ крайне медленно. Приданное положеніе, вызванная галлюцинація, самый сонъ, наконецъ, продолжаются неопредѣленно долгое время, по желанію экспериментатора, что свидѣтельствуешь о необычномъ состояніи нервныхъ элементовъ, которое выражается крайней ихъ инертностью. Нервные клѣтки какъ бы стремятся сохранить то состояніе, въ которое онѣ приведены послѣдовавшимъ возбужденіемъ, и дѣйствительно сохраняютъ его гораздо болѣе долгое время, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Вслѣдствіе этого образы, впечатлѣвающіеся въ мозгу, не исчезаютъ съ той быстротой, какъ при нормальныхъ условіяхъ и, конечно, пока они не исчезли, могутъ быть выражены въ словѣ. Поясню это примѣромъ. Если мы прочтемъ нѣсколько строкъ и отведемъ глаза отъ книги,—у насъ останется очень слабое воспоминаніе о шрифтѣ, о расположеніи словъ въ строкѣ, о количествѣ строкъ, даже, если мы умышленно обратимъ на это вниманіе и если мы попытаемся повторить прочитанное, то окажется, что мы удержали только общую идею. Даже выучивъ наизусть нѣсколько строкъ, мы въ большинствѣ случаевъ, не помнимъ, на какой строчкѣ кончается или начинается то, или другое слово. Это замѣчается часто и у такихъ лицъ, которыя обладаютъ необыкновенно развитой способностью заучивать наизусть цѣлыя отрывки. А между тѣмъ въ мозгу отразилась вся картина, воспринятая органомъ зрѣнія. Она исчезла изъ воспоминанія только потому, что клѣтки не удержали ея дольше извѣстнаго времени. Но представимъ себѣ, что зрительныя впечатлѣнія, вслѣдствіе инертности клѣтокъ, не исчезаютъ дольше обыкновеннаго.

Что мы получимъ тогда? Отведя глаза отъ книги, мы будемъ все таки имѣть эту книгу передъ глазами въ теченіи извѣстнаго періода времени, въ концѣ котораго образъ ея также потухнетъ, какъ потухаетъ въ нормальномъ состояніи. (Такого рода факты наблюдаются и при обыкновенномъ мозговомъ утомленіи). Конечно, если, при такомъ сохраненіи зрительныхъ впе-

чатлѣнѣй, мы заставимъ человѣка вспомнить только что прочитанное имъ, то онъ вторично какъ бы прочтетъ тоже самое по сохранившемуся изображенію прочтенныхъ строкъ.

Но едва ли при этомъ можетъ быть рѣчь о воспроизведеніи цѣлыхъ страницъ и такіе случаи, прежде чѣмъ служить доказательствомъ, должны быть изучены болѣе тщательно. Въ настоящее же время они не имѣютъ большаго значенія, чѣмъ приведенный выше случай Брэда, гдѣ по запаху узнавался хозяинъ платка.

Мнѣ такихъ случаевъ никогда не приходилось видѣть, — и тамъ, гдѣ я заставлялъ загипнотизированныхъ прочитывать или заучивать съ моихъ словъ стихотворенія и фразы на разныхъ языкахъ, нельзя было замѣтить ничего рѣзко отличающагося отъ нормы. Если фраза говорилась на языкѣ, незнакомомъ спящему субъекту, то она воспроизводилась имъ съ тѣми же неточностями, съ какими онъ дѣлалъ это и въ нормальномъ состояніи.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

## Къ вопросу о качествахъ вкусовыхъ ощущеній.

Н. А. Бухаловъ.

Уже давно и окончательно установлено, что чувство вкуса въ собственномъ смыслѣ есть чувство отдѣльное и независимое отъ чувства осязанія и чувства боли и обусловливается дѣятельностью особенныхъ, периферическихъ и центральныхъ, нервныхъ аппаратовъ. Но что касается отдѣльныхъ качествъ вкусового ощущенія, то здѣсь дѣло нельзя еще считать законченнымъ. Въ старые годы существовала тенденція принимать только сладкое и горькое за вкусовые ощущенія, прочія же качества—именно соленое и кислое—относить въ область чувства осязанія. Новѣйшіе же авторы, въ работахъ по этому предмету стремятся доказать, что всѣ перечисленные качества, представляя настоящія вкусовые ощущенія, совершенно независимы другъ отъ друга, каждое изъ нихъ есть элементарное ощущеніе особаго рода. Но послѣднее едва-ли вѣрно. Предлагаемая работа имѣетъ цѣлью именно разъяснить, какое отношеніе существуетъ между различными качествами вкусового ощущенія и указать на условія происхожденія этихъ качествъ.

Горькое и сладкое считаются наиболѣе чистыми вкусовыми ощущеніями и, кажется, никому и никогда не приходило въ голову смѣшивать ихъ съ осязательными или болевыми ощущеніями. Въстѣ съ тѣмъ горькое и сладкое считались всегда качествами, не имѣющими ничего общаго между собою, а по вліянію на наше самочувствіе—даже противоположными. Дѣйствительно, невозможно сомнѣваться въ томъ, что сладкое и горькое обусловливаются дѣятельностью специальныхъ для того и другого периферическихъ и центральныхъ аппаратовъ. Если для этихъ ощущеній

принять одни и тѣже органы, то являются безвыходныя затрудненія при объясненіи многихъ явленій. Такъ, многіе люди переднею частію языка хорошо ощущаютъ сладкое, но не чувствуютъ горькаго (*Inzani Lussana, Vintschgau* и друг.). Это можно объяснить только тѣмъ, что на концѣ языка у такихъ людей есть аппараты для сладкаго, но нѣтъ аппаратовъ для горькаго вкуса. Далѣе, одно и тоже вещество на извѣстномъ мѣстѣ вкусовой поверхности даетъ сладкій вкусъ, а на другомъ—горькій. Именно, въ области *papillae vallatae* всякое вкусовое вещество ощущается преимущественно какъ горькое: сахаръ въ опытахъ *Horn'a* и *Picht'a* давалъ здѣсь ощущение горечи, а въ опытахъ *R. Wagner'a*—даже дистиллированная вода. И механическое раздраженіе желобоватыхъ сосочковъ, именно давленіемъ, вызываетъ ощущение горечи (*R. Wagner, Lewes*). Такое явленіе можно объяснить только большею скученностью горькоощущающихъ аппаратовъ въ области *papillae vallatae*. Наконецъ, есть вещества, напр. *gentiana*, которыя на извѣстномъ ограниченномъ мѣстѣ языка могутъ возбуждать одновременно горькій и сладкій вкусъ. Предполагая существованіе одного рода периферическихъ аппаратовъ для обоихъ ощущенийъ, пришлось бы допустить, что одно и тоже вещество дѣйствуетъ на одинаковые органы двумя различными способами, такъ какъ степень воздѣйствія здѣсь не имѣетъ никакого значенія.

Такимъ образомъ должны существовать два различныхъ рода нервныхъ окончаній, изъ коихъ на одинъ дѣйствуютъ преимущественно «сладкія» вещества, на другой—«горькія». Вѣроятно, два рода вкусовыхъ клѣтокъ, заключающихся внутри вкусовыхъ почекъ—«*Stabzellen*» «*Stiftchenzellen*» (съ модификаціею послѣднихъ: «*Gabelzellen*»)—и представляютъ такія окончанія, связанныя, разумѣется, каждое съ особаго рода нервными нитями, идущими къ различнымъ чувствующимъ центрамъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Какая именно изъ этихъ двухъ формъ служитъ для перцепціи горькаго и какая—для сладкаго,—вопросъ этотъ можно было бы рѣшить тщательнымъ сравненіемъ клѣтокъ вкусовыхъ почекъ въ *papillae vallatae*, гдѣ превалируетъ способность ощущать горькое, съ клѣтками вкусовыхъ почекъ передней части

Что касается кислаго и соленого вкусовъ, то, какъ мы уже сказали, въ настоящее время господствуетъ взглядъ, по которому эти вкусовые ощущенія суть тоже элементарныя и обусловливаются специфическою дѣятельностью особенныхъ нервовъ и нервныхъ окончаній.

Кромѣ нѣкоторыхъ отрывочныхъ данныхъ, не сопровождаемыхъ указаніями на обстановку опытовъ (*Preyer*), понятіе о кисломъ и соленомъ, какъ особенныхъ специфическихъ ощущеніяхъ, совершенно независимыхъ отъ другихъ вкусовыхъ ощущеній, основывается главнымъ образомъ на опытахъ *Urbantschitsch'a* и *Vintschgau*. Именно эти авторы нашли, что одна и та же часть слизистой оболочки можетъ ощущать хорошо, напр., сладкое и не ощущаетъ, или ощущаетъ гораздо слабѣе, кислое и соленое; или же хорошо ощущаетъ кислое, но не сладкое и соленое; или, наконецъ, ощущаетъ соленое, но не ощущаетъ или ощущаетъ гораздо хуже, сладкое и кислое. Такіе факты можно было бы объяснить только предположеніемъ, что въ извѣстномъ участкѣ слизистой оболочки имѣются, напр., специфическія окончанія для сладкаго вкуса и отсутствуютъ, или находятся въ меньшемъ количествѣ, нервныя окончанія для кислаго, или таковыя же окончанія для соленого, вкуса и т. д. Но насколько опыты *U.* позволяютъ дѣлать такіе выводы, можно судить по слѣдующимъ фактамъ. Въ опытѣ подъ литерою *F.* приложеніе поваренной соли къ задней стѣнкѣ глотки вызвало у испытуемаго горькій вкусъ (значить, въ этомъ мѣстѣ были нервы горькаго вкуса); но приложеніе горькаго вещества не дало здѣсь никакого вкуса (значить, въ этомъ мѣстѣ не было нервовъ горькаго вкуса). И это не единственный случай. Тоже самое повторяется въ опытѣ *K.*, дважды въ опытѣ *IV* и еще въ опытахъ *XII* и *L.* Опыты *Vintschgau* также не выдерживаютъ критики. Свое мнѣніе о полной обособленности нервныхъ окончаній для кислаго, для соленого

языка, гдѣ способность ощущать горькое очень непостоянна. При этомъ изслѣдованіе должно опираться на микрохимическія реакціи. Впрочемъ, въ этомъ отношеніи имѣетъ значеніе уже и то обстоятельство, что въ *papillae vallatae* «*Stiftchenzellen*» подавляющимъ образомъ преобладаютъ.



и для сладкаго вкуса, V. основываетъ на томъ, что при приложеніи малыхъ количествъ растворовъ различныхъ вкусовыхъ веществъ на концѣ языка, нѣкоторыя вещества узнаются гораздо чаще, чѣмъ другія (напр., винокаменная кислота гораздо чаще, чѣмъ сахаръ), что можно было—бы объяснить тѣмъ предположеніемъ, что различныя специфическія нервныя окончанія имѣются въ данной области въ очень различномъ количествѣ. Но V. самъ опровергаетъ свои выводы. Оказывается именно, что если даже весь конецъ языка смазывается растворомъ вкусового вещества, то и въ этомъ случаѣ вещество не рѣдко не узнается, а тутъ ужъ оно не могло не попасть на соотвѣтствующія нервныя окончанія. При этомъ мы встрѣчаемъ другую странность. Когда весь конецъ языка смазывается растворомъ вкусового вещества, то часто и слабыя растворы узнаются (напр. 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ сахара), а между тѣмъ болѣе концентрированные растворы нерѣдко не даютъ никакого яснаго ощущенія. Причины ошибокъ въ опытахъ V. и U. заключались отчасти въ томъ, что они употребляли очень концентрированные растворы соли и кислоты, вслѣдствіе чего болевое ощущеніе (жженіе), на которое указываютъ и сами авторы, подавляло одновременное съ нимъ вкусовое; отчасти же—въ томъ, что они прилагали вкусовое вещество на извѣстную часть слизистой оболочки прежде, чѣмъ она оправилась отъ дѣйствія вещества, прилагавшагося передъ этимъ; а что крѣпкіе растворы кислоты, соли и даже сахара лишаютъ на нѣкоторое время слизистую оболочку способности ощущать сладкое, кислое и соленое (не смотря даже на ополаскиваніе рта)—въ этомъ каждый легко можетъ убѣдиться.

Есть еще наблюденія надъ субъектами, страдавшими пораженіемъ извѣстныхъ нервовъ,—наблюденія, повидимому подтверждающія мнѣніе о полной обособленности чувства сладкаго, кислаго и соленого другъ отъ друга. Между прочимъ *Bärwinkel* сообщаетъ, что въ одномъ случаѣ паралича n. facialis (т. е. барабанной струны) больной на передней части соотвѣтствующей половины языка ощущалъ сладкое и соленое, но кислаго совсѣмъ не чувствовалъ. Но при парезѣ барабанной

струны, на языкѣ происходятъ нѣкоторыя измѣненія (*Brunne, Urbantschisch*), могущія чисто физическимъ образомъ припятствовать дѣйствию нѣкоторыхъ веществъ на нервныя окончанія, хотя бы послѣднія и были способны функционировать. Дѣло въ томъ, что такія же явленія наблюдаются и при параличѣ n. trigemini, который не заключаетъ въ себѣ никакихъ вкусовыхъ нервовъ (другой случай *Bärwinkel'*я и случай *Archer'a*). Такимъ образомъ и эти наблюденія не доказываютъ полной обособленности ощущеній сладкаго, кислаго и соленого.

Съ другой же стороны — давно извѣстны факты, показывающіе тѣсную связь между кислымъ, соленнымъ и сладкимъ вкусомъ. Кому случалось полоскать горло квасцами, тотъ знаетъ, что это вещество, кислое на передней части языка, возбуждаетъ ясный сладкій вкусъ въ заднемъ отдѣлѣ полости рта (*Guyot, Inzani* и *Lussana*). Если кислыя вещества прилагаются на очень ограниченныя мѣста, то они даже на передней части языка часто принимаются за сладкія, какъ это было въ опытахъ *Urbantschitsch'a* и въ моихъ, нижеописанныхъ. Наоборотъ, сладкія вещества при нѣкоторыхъ осложняющихъ условіяхъ очень часто даютъ кислый вкусъ (объ этомъ—ниже). Изъ всего этого видно, что кислый вкусъ есть сложный и состоитъ изъ сладкаго и какого то еще ощущенія. И соленый вкусъ заключаетъ въ себѣ сладкій какъ составляющую часть. Сошлемся прежде всего на довольно извѣстный фактъ, что, при полосканіи горла хлористымъ калиемъ, въ задней части полости рта ощущается ясный сладкій вкусъ (*Guyot, Inzani* и *Lussana*), между тѣмъ какъ на передней части языка тоже вещество возбуждаетъ соленый вкусъ. Поваренная соль на корнѣ языка также кажется сладковатою (*Horn, Guyot* и *Admirault*). Если поваренную соль прилагать на очень ограниченную часть вкусовой поверхности, то она нерѣдко принимается за сахаръ; такъ было въ опытахъ *Urbantschitsch'a, Vintschgau* (въ 9 пробахъ изъ 73), Макъ-Кендрика и въ моихъ, нижеизложенныхъ. Есть и патологическія наблюденія, говорящія въ пользу тѣсной связи кислаго и соленого со сладкимъ; это случай *Wolf'a*: когда у одного субъекта параличъ барабанной струны началъ

проходить, то нѣкоторое время на кончикѣ языка съ соотвѣтствующей стороны всякое вещество давало сладковатый вкусъ. Нѣчто подобное этому наблюдалъ и Stich.

Итакъ, сладкій вкусъ входитъ, какъ составная часть, въ ощущеніе кислаго и соленого; но въ чемъ заключается другая составная часть этихъ ощущеній?

Что касается кислаго вкуса, то, какъ извѣстно, всѣ кислыя вещества (т. е. кислоты, за нѣкоторыми исключеніями, и большая часть солей тяжелыхъ металловъ) рядомъ съ кислымъ вкусомъ даютъ еще ощущеніе вяжущаго, стягивающаго. Отсюда не далеко до предположенія, что искомая составная часть кислаго вкуса представляетъ нѣчто въ родѣ осязательнаго ощущенія и происходитъ отъ того, что поверхностные слои эпителия или слизь, его покрывающая, оплотнѣвая и стягиваясь, подъ вліяніемъ кислыхъ веществъ, оказываютъ давленіе на лежащіе подъ ними, вѣроятно внутри сосочковъ, концевые нервные аппараты, подобные осязательнымъ, и такимъ образомъ возбуждаютъ ихъ, вызывая соотвѣтствующее ощущеніе.

Чтобы провѣрить это предположеніе, я поставилъ нѣкоторые опыты надъ двумя лицами. Убѣдившись предварительно, что вкусовая способность развита у нихъ очень хорошо (прилагаемое посредствомъ кисточки къ концу языка вещество всегда опредѣлялось ими правильно), я приготовилъ растворъ винокаменной кислоты, дающій ясный кислый вкусъ, при приложеніи даже на очень малую часть поверхности языка, и густой сахарный сиропъ, съ цѣлью узнать, могутъ ли эти вещества быть отличаемы другъ отъ друга, если они прилагаются къ языку съ нѣкоторымъ давленіемъ. Но такъ какъ сахаръ есть очень слабый болевой раздражитель, а всякая кислота въ сколько нибудь значительной концентраціи производитъ одновременно со вкусовымъ нѣкоторое болевое ощущеніе, то, чтобы труднѣе было отличать прилагаемыя вещества, я прибавлялъ къ раствору сахара небольшое количество фенола, который обладаетъ сладкимъ и жгучимъ, но нисколько не кислымъ вкусомъ; приготовленная та-

кимъ образомъ смѣсь обладала нѣкоторою ѣдкостью, подобно раствору кислоты <sup>1)</sup>).

Для приложенія вкусоваго вещества къ языку я употреблялъ цилиндрическія палочки изъ роговаго каучука, около 7 миллиметровъ въ діаметръ, вырѣзавъ на концахъ мелкія углубленія.

Самые же опыты состояли въ слѣдующемъ.

Помѣстивъ небольшое количество сладкой смѣси въ углубленіе на концѣ палочки, я прижималъ этотъ конецъ къ поверхности языка, высунутаго изо рта, и предлагалъ испытуемому опредѣлить, какое вещество приложено — кислое, или сладкое — и выразить это условленнымъ знакомъ.

Оказалось, что изъ 134 случаевъ такого рода приложенія сладкой смѣси 31 разъ было показано: или прямо кислота, или кислосладкое, такимъ образомъ въ 23% сладкое дало ощущеніе кислоты. Этотъ процентъ довольно значителенъ и подтверждаетъ предположеніе, что кислый вкусъ состоитъ изъ сладкаго и ощущенія, происходящаго отъ давленія на какія то органы въ родѣ осязательныхъ.

Если число случаевъ, въ которыхъ сладкое было принято за кислое, оказывается здѣсь все таки не очень значительнымъ, то виною этому, кромѣ нѣкоторыхъ несовершенствъ постановки опытовъ, является, по всей вѣроятности, способность испытуемаго анализировать сложныя ощущенія. Именно, когда я прикладываю сладкую смѣсь къ языку и нажимаю на языкъ концомъ палочки, сознаніе болѣе или менѣе ясно воспринимаетъ форму этого конца, получается представленіе о прикосновеніи твердаго тѣла, — и сжиманіе, являющееся въ тоже время, относится часто именно къ послѣднему, а не приписывается дѣйствию вкусоваго вещества; поэтому вещество можетъ быть принято за сладкое, хотя бы въ то же время ощущался кислый вкусъ. Способность анализировать сложное ощущеніе такого рода дается, конечно, опытомъ: каждому изъ насъ очень часто приходилось имѣть во рту, напр., сахаръ, причемъ, ощущая извѣстный

<sup>1)</sup> Прилагаемое къ языку количество вещества было настолько мало, что феноль не выдавалъ себя запахомъ.

вкусъ, мы въ тоже время испытывали на языкѣ давленіе отъ твердаго куска сахара или зубовъ, вслѣдствіе чего и приучились считать сложное ощущеніе, получающееся при этомъ, не кислымъ, а сладкимъ.

Нужно было воспрепятствовать аналитической дѣятельности ума испытуемыхъ лицъ въ теченіе каждаго отдѣльнаго приложенія вещества въ соединеніи съ надавливаніемъ. Для этого я воспользовался общераспространеннымъ свѣденіемъ, что всякое рѣзкое ощущеніе препятствуетъ умственной работѣ надъ другимъ ощущеніемъ. Мнѣ показалось удобнымъ отвлечь въ этомъ случаѣ вниманіе на болѣе рѣзкое осязательное раздраженіе, приложенное по близости и вокругъ мѣста, на которомъ прилагается вкусовое вещество. Я сдѣлалъ изъ роговаго каучука кольцо, около 1½ центим. въ діаметрѣ, съ довольно высокими стѣнками, и заострилъ его края, съ цѣлью придавливать это кольцо острыми краями къ языку, а вкусовое вещество прилагать вышеописаннымъ образомъ на часть поверхности языка, находящуюся внутри кольца.

При такомъ способѣ экспериментированія, сладкая смѣсь была принята за кислоту въ 59 случаяхъ изъ 120, т. е. въ 50%.

Однако, въ половинѣ случаевъ сладкое было угадано. Большое вліяніе оказывало здѣсь, вѣроятно, то обстоятельство, что испытуемые привыкали мало по малу и при описанныхъ условіяхъ анализировать вкусовое ощущеніе, сосредоточивая вниманіе на концѣ стержня и игнорируя кольцо. Но еще больше значенія имѣло слѣдующее обстоятельство. Употребляемый растворъ сахара былъ очень густъ и, послѣ отнятія кольца и стержня отъ языка, на послѣднемъ еще оставалось достаточное количество сахара, чтобы испытуемый вѣрно опредѣлилъ его вкусъ и замѣтилъ свою ошибку, если онъ передъ этимъ чувствовалъ кислое; растворъ-же кислоты былъ мало концентрированъ (при значительной концентраціи вкусовое ощущеніе совершенно затемняется болевымъ), и вкусъ отъ нея скоро прекращался, такъ что испытуемый почти не имѣлъ возможности замѣтить свою ошибку, если онъ передъ тѣмъ принялъ кислоту за сахаръ; такимъ образомъ онъ приобрѣталъ привычку опасаться принять сладкое

за кислое. Благодаря всему этому, въ началѣ ряда опытовъ испытуемые гораздо чаще принимали сладкую смѣсь за кислую, чѣмъ при дальнѣйшихъ пробахъ. Въ послѣднихъ же 40 опытахъ, которые я не включилъ въ вышеприведенный счетъ, сладкая смѣсь была принята всего 3 раза за кислую. Но при этомъ однажды 8 лѣтній мальчикъ, надъ которымъ я экспериментировалъ, воскликнулъ: «сахаръ! но какой *кислый!*» <sup>1)</sup>.

Итакъ, можно принять, что кислый вкусъ есть комбинація сладкаго вкуса съ ощущеніемъ, происходящимъ отъ сдавливанія какихъ-то периферическихъ аппаратовъ, въ родѣ осязательныхъ. Слѣдовательно, вещества кислоаго вкуса во первыхъ, раздражаютъ нервы сладкаго вкуса и во вторыхъ, дѣйствуютъ на сказанные аппараты въ томъ же смыслѣ, какъ и давленіе какимъ нибудь твердымъ предметомъ.

Но какимъ образомъ кислыя вещества могутъ производить дѣйствіе послѣдняго рода? Единственный способъ заключается въ томъ, что кислыя вещества дѣлаютъ эпителий сосочковъ, именно грибовидныхъ, плотнѣе и заставляютъ его стягиваться вокругъ внутренней части сосочка, подобно тому какъ стягивается фибринъ выпущенной крови и этимъ стягиваніемъ производятъ давленіе на заключенные внутри сосоч-

<sup>1)</sup> Если къ языку прилагается кислота, а именно съ придавливаніемъ, то умъ часто приходитъ въ нерѣзительность, чему приписать ощущеніе сдавливанія—вкусовому веществу, или твердому предмету, придавливаемому къ языку; рѣшеніе можетъ выпасть въ пользу послѣдняго, и кислота покажется сладкою. Такимъ образомъ въ опытахъ безъ помощи каучуковаго кольца (эти опыты я велъ параллельно съ вышеизложенными) винокаменная кислота въ 21 случаѣ изъ 70, т. е. въ 30% была принята за сладкое. При употребленіи кольца кислота была принята за сладкое въ 20% всѣхъ случаевъ (112). Когда же испытуемые пріобрѣли привычку опасаться принять сахаръ за кислоту, то изъ 40 пробъ кислота была угадана только 10 разъ и 30 разъ принята за сладкое. На первый взглядъ эти результаты какъ будто уничтожаютъ значеніе предшествующей серіи опытовъ, но въ сущности они представляютъ логически необходимое дополненіе ихъ. Что дѣло не зависитъ здѣсь отъ ослабленія ощущенія, достаточно хорошо видно изъ того, что *ни сахаръ, ни кислота во все продолженіе опытовъ ни разу не были приняты за поваренную соль*, хотя я одновременно экспериментировалъ и съ этимъ веществомъ.

ковъ осязательные и подобные имъ органы. Впрочемъ, уже присутствіе слизи на поверхности эпителия грибовидныхъ сосочковъ могло-бы быть достаточно для объясненія кислаго вкуса кислотъ, какъ минеральныхъ, такъ и органическихъ: разведенныя кислоты осаждаютъ муцинъ и производятъ всегда стягиваніе хлопьевъ муцина въ болѣе крѣпкія, плотныя и жесткія глыбки (*Eichwald* и *Hoppe-Seyler*). Мѣдный купоросъ, сулема, азотнокислое серебро, хлорное желѣзо хотя обладаютъ кислымъ вкусомъ, но этотъ вкусъ далеко уступаетъ въ ясности вкусу кислотъ, а свинцовый сахаръ имѣетъ почти сладкій вкусъ,—и это соотвѣтствуетъ тому обстоятельству, что муцинъ не осаждается перечисленными веществами.

Въ концентрированныхъ растворахъ кислый вкусъ даютъ и такія вещества, которыя совершенно не имѣютъ кислотнаго характера. Такъ, насыщенный растворъ поваренной соли, будучи приложенъ на ограниченной части конца языка, нерѣдко даетъ ощущеніе кислоты. Это было въ опытахъ *Urbantschitsch'a* и *Vintschgau* (изъ 73 въ 12 случаяхъ). Одно изъ лицъ, служившихъ мнѣ для опытовъ, изъ 20 случаевъ приложенія насыщеннаго раствора поваренной соли, 5 разъ приняло соль за кислоту. Тоже самое многіе наблюдали съ другими солями легкихъ металловъ ( $KCl$  у *Horn'a*,  $Na_2SO_4$  у *Horn'a* и *Picht'a*,  $MgSO_4$  у *Guyot* и *Lehmann'a*,  $KNO_3$  у *Horn'a* и *Picht'a*,  $NaHCO_3$  у нихъ же,  $K_2CO_3$  у *Макъ-Кендрика*). Достаточно концентрированный растворъ глицерина даетъ на концѣ языка также ощущеніе кисловатаго. Причина этого явленія заключается, вѣроятно, въ томъ, что концентрированные растворы сказанныхъ веществъ вытягиваютъ воду изъ оболочки сосочка, съеживаютъ его и такимъ образомъ сдавливаютъ сосочекъ.

Нужно еще объяснить, почему вещества, кислыя на передней части языка, не кажутся кислыми на корнѣ. Это явленіе удовлетворительно объясняется богатымъ развитіемъ на концѣ языка грибовидныхъ сосочковъ, приспособленныхъ по своей формѣ и величинѣ къ воспріятію раздраженія, производимаго стягиваніемъ оболочки сосочка, и отсутствіемъ, или недостаточнымъ развитіемъ, такихъ сосочковъ на корнѣ языка (см. *Henle*).

Такимъ образомъ всѣ факты, относящіеся къ кислому вкусу, находятъ себѣ объясненіе, если принять, что кислый вкусъ состоитъ изъ сладкаго и ощущенія, происходящаго отъ сжатія сосочковъ. Но является еще вопросъ, представляетъ ли послѣднее ощущеніе частный случай осязательной способности, или же оно есть ощущеніе особаго рода? Оказывается, что способность различать кислое не зависитъ отъ осязанія, такъ какъ эта способность можетъ сохраняться на передней части языка и при параличѣ соотвѣтствующаго п. trigemini (*Berard, Bärwinkel, Althaus, Lussana, Renzi* и *Vizioli*). Съ другой стороны извѣстно, что раздраженіе барабанной струны въ барабанной полости часто вызываетъ ощущеніе кислаго вкуса (*Bonfont, Urbantschitsch, Blau*), а между тѣмъ барабанная струна не заключаетъ въ себѣ осязательныхъ волоконъ.

Обращаемся теперь къ *соленому* вкусу, который, какъ мы видѣли, тоже состоитъ изъ сладкаго и еще нѣкотораго ощущенія. Въ чемъ состоитъ это другое ощущеніе?

Одновременно съ опытами надъ сладкимъ и кислымъ вкусомъ, я экспериментировалъ и съ растворомъ поваренной соли, прилагая его, въ перемѣшку съ другими веществами, къ концу языка съ извѣстнымъ давленіемъ. Оказалось, что изъ 110 разъ испытуемые приняли соль за сахаръ въ 23 случаяхъ, т. е. почти въ 21%, и за кислоту—въ 16 случаяхъ, т. е. почти въ 15%. Въ другихъ 185 опытахъ, гдѣ употреблено было въ дѣло и каучуковое кольцо, соль была принята за кислоту 72 раза, т. е. приблизительно въ 39%, за сахаръ—въ 31 случаѣ, т. е. почти въ 17%.

Сладкій, кислый и соленый вкусъ не суть степени одного и того же вкуса, другими словами—не суть результаты различной силы раздраженія однихъ и тѣхъ же нервовъ, а различаются другъ отъ друга качественно; слѣдовательно, сдавливаніе измѣняетъ вкусъ поваренной соли не потому, что измѣняетъ быстроту прониканія ея до нервовъ вкуса; еще менѣе возможно, чтобы сдавливаніе измѣняло вкусъ, производя какія нибудь химическія измѣненія въ слизистой оболочкѣ языка. Такимъ образомъ остается думать, что сдавливаніе имѣетъ здѣсь только механическое значеніе, и



если въ однихъ случаяхъ оно переводитъ соленый вкусъ въ кислый, т. е. въ сладкій, соединенный съ ощущеніемъ, происходящимъ отъ сдавливанія подобныхъ осязательныхъ органовъ, а въ другихъ случаяхъ препятствуетъ отличить соль отъ сахара, то здѣсь механическая причина должна препятствовать проявленію столь-же механическаго результата дѣйствія соленого вещества, который можетъ заключаться только въ разбуханіи вкусовыхъ (грибовидныхъ) сосочковъ. Это набуханіе должно сопровождаться растяженіемъ тканей сосочка, что можетъ повести къ возбужденію благопріятно для того расположенныхъ специфическихъ нервныхъ окончаній.

Какимъ образомъ вещества соленого вкуса могутъ вызывать набуханіе сосочковъ? Соленые вещества обладаютъ способностью растворять, разжижать бѣлковыя вещества и дѣлать такимъ образомъ эпителий болѣе растяжимымъ и податливымъ. Въ самомъ дѣлѣ, бѣлокъ куриного яйца и кровяной сыворотки отъ примѣси хлористаго натрія легче фильтруется (*Runeberg*) и вообще становится подвижнѣе. Тоже самое можно сказать и относительно многихъ другихъ солей легкихъ металловъ. Ёдкія щелочи, дающія на концѣ языка ясный соленый вкусъ, обладаютъ способностью разрушать эпителиальную ткань. Когда же эпителиальная оболочка сдѣлалась подъ вліяніемъ соленыхъ веществъ податливѣе, сосочекъ растягивается напоромъ крови.

Вышеизложенный взглядъ на происхожденіе соленого вкуса отчасти подтверждается и дѣйствіемъ смѣсей кислаго и соленого на чувство вкуса.

Если къ раствору поваренной соли, дающему ясный соленый вкусъ, прибавить достаточно большое количество виннокаменной кислоты, то вкусъ дѣлается чисто кислымъ. Я прилагалъ тремъ лицамъ на кончикъ языка такую смѣсь—и ни одно изъ нихъ не могло замѣтить въ этой смѣси присутствія поваренной соли.

Если къ раствору виннокаменной кислоты, дающему ясный кислый вкусъ на ограниченной части кончика языка, прибавить достаточно большое количество поваренной соли, то вкусъ дѣлается чисто соленымъ. Я прилагалъ такую смѣсь посредствомъ кисточ-

ки къ концу языка трехъ лицъ, и всѣ они показали, что кислоты здѣсь нѣтъ. Точно также и *Schirmer*, приложивъ на языкъ смѣсь уксуса съ поваренною солью, въ которой соль преобладала, при закрытыхъ ноздряхъ ощущалъ только соль.

Такимъ образомъ соленое и кислое какъ бы взаимно уничтожаютъ другъ друга.

Однако отъ такого смѣшенія двухъ веществъ вкусъ не ослабѣваетъ. Если приготовить растворъ поваренной соли, обладающій яснымъ, но не очень сильнымъ вкусомъ, и, наливъ этотъ растворъ въ два сосуда, положить въ одинъ изъ нихъ нѣкоторое количество виннокаменной кислоты, то легко убѣдиться, что вкусовое ощущеніе отъ смѣси сильнѣе. Такимъ образомъ кислое и соленое не вполнѣ противоположны какою-то частью. Какая же это часть?

Прибавляя къ смѣси кислоты и соли: кислоты, если растворъ кажется соленнымъ, соли—если онъ кажется кислымъ, можно достигнуть того, что смѣсь, прилагаемая къ концу языка <sup>1)</sup> посредствомъ кисточки, даетъ вкусъ приближающійся къ сладкому: по крайней мѣрѣ—лица, которымъ я прилагалъ на языкъ такую смѣсь, говорили, что здѣсь есть сахаръ. Итакъ, сладкій, вкусъ—вотъ та часть дѣйствія кислоты, которая не уничтожается солью, и часть дѣйствія соли, которая не уничтожается кислотой. Другая же часть дѣйствія кислоты и другая часть дѣйствія соли должны быть противоположны. Эта противоположность должна обуславливаться именно противоположнымъ вліяніемъ того и другого вещества на эпителий. Примѣсь въ извѣстномъ количествѣ солей легкихъ металловъ препятствуетъ, вѣроятно, кислымъ веществамъ производить уплотнѣніе оболочки сосочка или слизи, его покрывающей. Извѣстно, что уксусная кислота даетъ со слизью свертки, состоящіе изъ нитей; но мацерация ткани, содержащей слизь, въ растворѣ поваренной соли, препятствуетъ этой реакціи (*Henle*).

<sup>1)</sup> Чисто сладкаго вкуса и на обширной вкусовой поверхности здѣсь нельзя получить, вслѣдствіе неодинаковой способности и диффузіи веществъ, составляющихъ смѣсь.

какъ и вообще присутствіе солей легкихъ металловъ способствуетъ растворимости муцина въ кислотахъ (*Eichwald, Hoppe-Seyler*).

Соленый вкусъ, такъ же какъ и кислый, не зависитъ отъ осязанія.

Такимъ образомъ мы разобрали условія происхожденія сладкаго, горькаго, кислаго и соленого. Но различаютъ еще множество оттѣнковъ вкуса.

Разнообразіе вкусовыхъ ощущеній обусловливается, во первыхъ, многоразличною комбинаціею элементарныхъ ощущеній. Напримѣръ, при одномъ веществѣ сила ощущенія сладкаго можетъ относиться къ силѣ горечи, какъ 1:10, а при другомъ веществѣ — какъ 1:11; вкусы въ томъ и другомъ случаѣ будутъ различны, подобно тому, какъ бываютъ различны цвѣта, происходящіе отъ смѣшенія другихъ цвѣтовъ, взятыхъ не въ одинаковыхъ пропорціяхъ.

Далѣе—собственно вкусовыя ощущенія могутъ въ различной степени комбинироваться съ болевыми ощущеніями (ѣдкаго, жгучаго и т. д.), что опять таки можетъ производить различіе вкусовъ. Важно именно замѣтить, что различныя вкусовыя вещества не въ одинаковой степени дѣйствуютъ на вкусовые и болевые нервы, что, разумѣется, зависитъ отъ различія химическаго строенія тѣхъ и другихъ. Существуютъ, напр., вещества, которыя почти исключительно дѣйствуютъ на чувство вкуса, напр., сахаръ и другія,—которыя возбуждаютъ только болевые нервы, напр. перецъ. Но между этими крайностями существуетъ масса переходовъ.

Вкусовыя ощущенія комбинируются съ температурными и осязательными (жесткости, рассыпчатости и т. д.), отчего происходятъ какъ бы новые вкусы. Напр. вкусъ дубильной кислоты есть комбинація горькаго и мышечно-осязательнаго ощущенія вяжущаго.

Наконецъ, вкусовыя ощущенія комбинируются съ обонятельными, отчего опять таки происходятъ какъ бы новые вкусы (*Schirmer, Stich, A. Fick, Vintschgau, Ogle*). Вотъ почему у людей, лишившихся обонянія, вкусъ измѣняется.

## Литература.

- Althaus*, Deutsch. Archiv für klin. Med. VII Bd. u Wiener med. Wochenschr. 1869 № 28.
- Archer*, Brit. med. Journal. 1878.
- Berard*, Gaz. méd. de Paris. 1840. № 31.
- Bärwinkel*, Arch. der Heilkunde 1859.—Deutsch. Arch. für klin. Med. XVII Bd. 1876.
- Blau*, Arch. für Ohrenheilkunde XVI Bd. 1880.
- Bonnafont*, Schmidt's. Jahrb. 1852. S. 225.
- Brunner*, Arch. für Ohrenheilk. V Bd. 1870.
- Camerer*, Zeitschr. für Biologie VI Bd. 1870.
- Eichwald*, Annalen der Chemie u. Pharm. CXXXIV.
- Fick*, Lehrb. der Anat. u. Physiol. der Sinnesorgane. 1864.
- Guyot*, Arch. génér. de Med. T. XIII. 1857.
- Henle*, Handbuch der Eingeweidelehre. 1866.
- Hönigsmied*, Zeitschr. für wissen. Zoologie XXIII Bd.
- Horn*, Ueber den Geschmacksinn d. Menschen. 1825.
- Inçani u Lussana*, Annali univers. di Medicina v. CLXXXI.
- Якубовичъ*, Мед. Вѣстникъ. 1872. № 51.
- Krause*, Handb. der Anat. Allg. u. microsc. Anat. 1876.
- Lehmann*, Pflüger's Arch. 33 Bd. 1884.
- Льюисъ*, Физиологія обыденной жизни.
- Lussana*, Arch. de physiol. norm. et path. T. II. 1869.
- Lovén*, Arch. für micr. Anat. IV. 1867.
- Макъ-Кендрпхъ*, The Brit. medic. Journ. 1875. № 756.
- Picht*, De gustus et olfactus nexu. Diss. Berlin. 1829.
- Prevost*, Gaz. med. de Paris. 1869.
- Preyer*, Die fünf Sinne des Menschen. 1870.
- Runeberg*, Arch. der Heilkunde. 1877.
- Schwalbe*, Arch. für microsc. Anatomie. IV Bd.
- Schirmer*, Deutsche Klinik. 1859. № 13, 15, 18.
- Schiff*, Leçons sur la digestion. T. I. 1867.
- Stich*, Ann. des Charité—Krankenhauses. 1857.
- Urbantschitsch*, Beob. über Anomalien des Geschmacks etc. 1876.
- Wiener klinik. 1879.—Учебникъ ушныхъ болѣзней. СПб. 1881.
- Wagner*, Lehrb. der spec. Physiol. 3. Buch. 1842.
- Vintschgau*, Pflüger's Arch. Bd. XIX, XX.
- »       » *Hönigsmied*, Pflüger's Arch. Bd. X, XIV.
- Wolf*, Zeitschr. für Ohrenheilk. IX Bd. 1880.

## Судебно-психіатрическій случай.

Д-ръ Шергандъ.

Обстоятельства дѣла мы изложимъ по документальнымъ даннымъ.

а) По губернскому правленію.

1. Актъ освидѣтельствования крестьянина К. во В. О. П. губернскаго правленія.

1884 года ноября 29 дня, по распоряженію Г. начальника губерніи, во врачебномъ отдѣленіи О. губернскаго правленія былъ освидѣствованъ въ состояніи умственныхъ способностей крестьянинъ О. губерніи, Б. уѣзда, села К., А. П. К., 20 лѣтъ, при чемъ оказалось: тѣлосложенія онъ здороваго, роста высокаго, выраженіе лица смѣющееся, веселое, при чемъ онъ постоянно озирается по сторонамъ, зрачки равномерно немного расширены—реагируетъ правильно, общее состояніе здоровья К., какъ по его словамъ, такъ равно и по объективному его осмотру, оказалось совершенно удовлетворительнымъ. На вопросы К. отвѣчаетъ отчетливо и правильно, послѣднія событія изъ своей жизни помнитъ хорошо;—но когда его спросили, по какому поводу онъ ѣздилъ въ Москву, то въ отвѣтахъ его замѣтно было возбужденное состояніе; при этомъ онъ разсказалъ, что ѣздилъ въ Москву съ цѣлью, чтобы оттуда добраться до Петербурга и лично доложить Государю Императору свою тайну, которую онъ никому не откроетъ и о которой узналъ въ О. годъ тому назадъ.

Принимая во вниманіе, что хотя К. на вопросы отвѣчалъ правильно, но, при разсказѣ о цѣли его поѣздки въ Москву, замѣтно возбужденное состояніе и вообще поведеніе его въ этомъ отношеніи является страннымъ и непонятнымъ, врачебное отдѣленіе нашло, что, для окончательнаго рѣшенія вопроса о состояніи умственныхъ способностей К., необходимо подвергнуть его въ губернской земской больницѣ болѣе продолжительному и обстоятельному наблюденію.

2. Результатъ наблюденія надъ нимъ въ губернской земской больницѣ съ 4 декабря 1884 г. по 5 февраля 1885 г.

Срокъ испытанія К. оконченъ, а потому контора заведеній имѣетъ честь увѣдомить губернское правленіе, что во все время пребыванія въ больницѣ, въ теченіи двухъ мѣсяцевъ, крестьянинъ Б. уѣзда А. П. К. былъ здоровъ и какого либо психическаго разстройства въ немъ замѣтно не было.

### 3. Освидѣтельствовање въ общемъ присутствіи губернскаго правленія 18-го февраля 1885 г.

1885 года февраля 18 дня въ особомъ присутствіи губернскаго правленія освидѣтельствовань былъ въ состояніи умственныхъ способностей, находящійся на испытаніи въ О. богоугодныхъ заведеніяхъ, крестьянинъ села К., Б. уѣзда, А. П. К. по слѣдующимъ обстоятельствамъ: Московскій оберъ-полиціймейстеръ, отношеніемъ отъ 13 ноября 1884 года, увѣдомилъ здѣшняго г. губернатора, что 10-го того же ноября К., являсь къ начальнику Московскаго губернскаго жандармскаго управленія, заявилъ ему, что онъ имѣетъ желаніе лично доложить Государю Императору о посягательствѣ на жизнь Его Величества, что тайны своей онъ не желаетъ никому открыть, кромѣ какъ лично Государю и что родной дядя его, К-а, Н. В. Б. служитъ при кабинетѣ Его Величества. Упомянутый начальникъ, сообщивъ объ этомъ ему, оберъ-полиціймейстеру, присовокунилъ, что К., по его словамъ, выѣхалъ изъ г. О. 9-го ноября, имѣя при себѣ 5 руб. 40 к. и что состояніе его здоровья, въ умственномъ отношеніи, внушаетъ подозрѣніе. Въ виду сего К. и былъ отправленъ этапнымъ порядкомъ въ г. О. въ распоряженіе г. губернатора, по распоряженію котораго 29-го ноября К. былъ освидѣтельствовань въ состояніи умственныхъ способностей чрезъ членовъ врачебнаго отдѣленія (см. выше). Вслѣдствіе сего К. 4-го декабря 1884 года помѣщенъ былъ въ богоугодныя заведенія для наблюденія съ тѣмъ, чтобы, по истеченіи двухъ мѣсяцевъ, о послѣдствіяхъ наблюденія донесено было губернскому правленію, почему контора богоугодныхъ заведеній 6-го февраля донесла, что К., во время пребыванія въ больницѣ, былъ здоровъ и какого либо психическаго разстройства въ немъ замѣчено не было.

При первомъ освидѣтствованіи К., 18-го февраля сего года, оказалось: лѣтъ ему около 20, тѣлосложеніе крѣпкаго, выраженіе лица нормальное, осмысленное, на всѣ вопросы, какъ письменные, такъ и во время бесѣды съ нимъ отвѣчалъ правильно, врачи губернской земской больницы сообщаютъ, что во все время наблюденія надъ нимъ ничего психическаго ненормальнаго въ немъ замѣчено не было. На основаніи изложеннаго члены особаго присутствія губернскаго правленія нашли К. психически здоровымъ.

### 4. Заявленіе городского врача Л. смотрителю тюремнаго замка о заболѣваніи К. въ тюрьмѣ.

Покорнѣйше прошу васъ отправить немедленно въ губернскую земскую больницу арестанта А. К., выписаннаго изъ нея 6-го марта, такъ какъ 7-го марта, послѣ бывшаго у него припадка, по всему вѣроятію, падучей болѣзни, онъ впалъ въ безсознательное состояніе, сопровождающееся галлюцинаціями.

### 5. Результатъ вторичнаго наблюденія К. въ губернской земской больницѣ съ 8-го марта по 5-е апрѣля 1885 г.

Вслѣдствіе отношенія губернскаго правленія отъ 11-го марта за № 1172, контора заведеній честь имѣетъ увѣдомить, что съ

22-го марта по 5-е апрѣля крестьянинъ А. П. К. физически былъ здоровъ, равно также никакого психическаго расстройства у него замѣчено не было. Какихъ либо припадковъ падучей тоже не было и при разспросѣ о томъ, какого рода былъ припадокъ у К. въ острогѣ,—онъ К. 24-го марта заявилъ, что съ нимъ и въ острогѣ не было никакого припадка, но что онъ будто-бы притворялся для того, чтобы его помѣстили опять въ больницу, такъ какъ помѣщеніе въ острогѣ показалось для него очень тяжелымъ.

**6. Выводъ и заключеніе общаго присутствія губернскаго правленія при освидѣтельствovanіи К. 10-го апрѣля сего года.**

При настоящемъ освидѣтельствovanіи К. оказалось: лѣтъ ему около 20, тѣлосложенія крѣпкаго, выраженіе лица нормальное, на всѣ вопросы отвѣчалъ правильно; врачи больницы отзываются, что онъ физически и душевно здоровъ. Изъ изложеннаго члены присутствія заключаютъ, что К. въ настоящее время психически здоровъ.

**б) По уголовному отдѣленію О. окружнаго суда о крестьянинѣ К.**

**1. Изъ обстоятельства слѣдственнаго дѣла видно:**

26-го сентября сего 1885 года въ селѣ К. Б. уѣзда, во время престольнаго праздника, обвиняемый А. П. К. заявилъ брату своему И., что утромъ онъ уйдетъ въ работники, а когда братъ возразилъ, что у него нѣтъ еще паспорта, то обвиняемый показалъ какія то печати изъ камня и сказалъ, что съ ними онъ не нуждается въ паспортѣ. Увидѣвъ печати, И. хотѣлъ заявить объ этомъ сотскому, или старостѣ, но К. сталъ грозиться убить брата, и догнавъ его на дорогѣ, ударилъ, но И. убѣжалъ отъ К. и обратился къ сотскому съ просьбою принять мѣры къ прекращенію буйства обвиняемаго. Сотскій взялъ съ собою старосту и, встрѣтивъ на деревнѣ К., ругавшагося съ братомъ, сказалъ ему, что лучше будетъ, если К. свяжутъ и отправятъ для отрезвленія въ холодную, но К. убѣжалъ чрезъ рѣку въ бродъ на кладбище. Сотскій со старостой, видя, что К. сильно пьянъ, во избѣжаніе худыхъ послѣдствій, стали ловить К., но онъ все убѣгалъ отъ нихъ. Тогда сельскія власти спрятались за угломъ избы, а мать К. стала звать его. К. вышелъ съ кладбища съ перекладиной отъ креста, и сначала прогналъ отъ рѣки старуху—мать, говоря «уходи, убью, меня отецъ съ матерью благословили убить нынче когонибудь», потомъ бросился на 80 лѣтняго старика Г. П. и ударилъ его перекладиной по головѣ. Когда же тотъ упалъ, то ударилъ ею еще разъ лежавшаго и, бросивъ перекладину, убѣжалъ и скрылся, неизвѣстно гдѣ, до ночи, а ночью прибѣжалъ на деревню къ убогой П. и просилъ у нея ножъ, а когда она не дала, то изорвалъ на ней рубашку и убѣжалъ. У пострадавшаго Г. пошла кровь изъ носа и ушей и въ ночь на 29-е сентября онъ умеръ. Будучи арестованъ, К. на разспросы брата, за что убилъ Г., отвѣчалъ: «мнѣ все равно, кого бы ни убить».

•

На допросы у судебного слѣдователя 5-го февраля К. показалъ, что онъ признаетъ себя виновнымъ въ причиненіи смерти Г., но какъ это случилось,—не помнитъ. Помнитъ только, что въ этотъ вечеръ его ловилъ сотскій, отъ котораго онъ убѣждалъ, а также смутно припоминаетъ, что за нимъ гонялись черти и что онъ рѣшилъ, что отъ нихъ ничѣмъ нельзя отбиться, какъ только крестомъ отъ могилы, а дальше ужъ ничего не помнитъ и очнулся уже ночью, когда какой то мужикъ вытащилъ его изъ рѣки; съ покойникомъ Г. ссоры никогда не имѣлъ и никакой причины для убійства его также не имѣлъ. О послѣднемъ обстоятельстве, т. е. о томъ, по какой причинѣ К. убилъ Г., жена его, братъ и мать обвиняемаго, сотскій и старшина отозвались незнаніемъ. Мать К. О. К. показала, что онъ лѣтъ 10 жилъ въ О. шорникомъ. Въ послѣднее время она стала замѣчать, что онъ какъ будто тронулся умомъ, сталъ давать какіе то странные совѣты: продать все и переѣхать въ О., тогда какъ она живетъ только землей. Лицо у него перемѣнилось, — стало какое то страшное, разбойническое. Прошедшей зимой онъ былъ арестованъ жандармскимъ полковникомъ за какую то книжку. Потомъ К. посадили въ домъ для сумашедшихъ и два раза свидѣтельствовали, при чемъ два доктора признали его сумашедшимъ, а два здоровымъ. Черезъ двѣ недѣли послѣ святой К. освободили и съ тѣхъ поръ онъ жилъ дома въ селѣ К., ничего не работалъ и былъ какой то странный.

7-го октября, по освидѣтельствованіи К., врачъ Ф. и П. заключили, что есть основаніе допустить, что преступленіе совершено К. въ состояніи психическаго разстройства, форму котораго можно опредѣлить только послѣ продолжительнаго наблюденія надъ нимъ въ больницѣ.

Изъ копій двухъ скорбныхъ листовъ о болѣзни К., подписанныхъ врачами К. и Р. оказывается, что К. съ 5 декабря 1884 года по 6 марта и затѣмъ съ 8 марта по 12 апрѣля сего года, по распоряженію губернскаго правленія, находился въ губернской земской больницѣ на испытаніи въ умственныхъ способностяхъ и что врачи дали отзывъ, что во все время пребыванія въ больницѣ К. былъ здоровъ и какаго либо психическаго разстройства въ немъ замѣчено не было.

## 2. Отношеніе конторы губернской земской больницы въ окружный судъ.

На отношеніе отъ 7-го минувшаго февраля за № 89, контора богоугодныхъ заведеній имѣетъ честь увѣдомить окружный судъ, что, препровожденный 2-го декабря 1885 года въ губернскую земскую больницу на испытаніе въ умственныхъ способностяхъ, крестьянинъ Б. уѣзда А. К. въ теченіи трехмѣсячнаго пребыванія въ больницѣ находился въ слѣдующемъ состояніи: при физическомъ изслѣдованіи, кромѣ замѣтнаго трясенія въ рукахъ, никакихъ болѣзненныхъ измѣненій въ организмъ К. не найдено. Самъ К. только въ началѣ поступленія въ больницу жаловался на головную боль, а потомъ и на нее пересталъ жаловаться. Всѣ физическія отправления у него совершались правильно. Между прочимъ высказалъ, что онъ передъ 26-мъ сентября, за не-



дѣлу, очень много пилъ водки, почти не спалъ и ему начали представляться разныя видѣнія. Замѣченное у К. трясеніе въ рукахъ подтверждаетъ слова его относительно злоупотребленія спиртными напитками и что на основаніи вышеизложеннаго должно заключить, что въ настоящее время К. здоровъ, но, что онъ человѣкъ, дѣйствительно подвергающійся злоупотребленію спиртными напитками, подъ вліяніемъ которыхъ у него могутъ развиваться различныя галлюцинаціи и всѣ припадки, такъ называемой, бѣлой горячки (*Delirium tremens*).

### 3. Вопросы и отвѣты врачей — экспертовъ въ предварительномъ засѣданіи окружнаго суда при освидѣтельствovanіи К. 31 марта 1886 года.

*Вопросъ.* Страдалъ ли разстройствомъ умственныхъ способностей 26-го сентября 1885 года крестьянинъ Б. уѣзда, села К., А. П. К. 22 лѣтъ. во время совершенія приписываемаго ему преступленія — нанесенія смертныхъ поврежденій крестьянину Г. П.?

*Отвѣтъ.* Страдалъ сумашествіемъ вслѣдствіе отравленія спиртными напитками во время совершенія преступленія.

### 4. Дополнительные свѣдѣнія слѣдственнаго дѣла о крестьянинѣ К.

При дополнительномъ разслѣдованіи показали: 1) Смотритель Б-ой тюрьмы, что К. въ теченіи двухъ мѣсяцевъ, по осени 1885 года, содержался въ тюрьмѣ и въ это время уединялся отъ людей, убѣгая встрѣчи съ ними; однажды смотритель замѣтилъ, что у К. былъ безмысленный взглядъ и онъ отвѣчалъ не складно; 2) Надзиратели той же тюрьмы В. и З. показали, что К. удалялся отъ другихъ арестантовъ и, однажды ночью, онъ жаловался, что въ камерѣ у него появились черти и свалили его съ постели; 3) Крестьянинъ И. К.—что обвиняемый К. сталъ пить водку года три тому назадъ и 4) крестьянинъ М. К.—что А. К. пьетъ водку уже лѣтъ семь, что онъ часто жаловался на головную боль и былъ вообще сердитъ и говорилъ, что разъ ночью ему, когда онъ читалъ книжку, представлялись черти.

Въ распорядительномъ засѣданіи сего 31-го марта К. объявилъ, между прочимъ, что онъ пьетъ водку съ 14 лѣтняго возраста; въ послѣднее время ему часто представлялись черти, въ особенности, когда онъ выпьетъ водки, и что старика П. онъ убилъ потому, что ему показалось, что за нимъ гонятся черти и что отъ нихъ можно избавиться только крестомъ съ могилы.

### 5. Прошеніе крестьянина К. въ окружный судъ.

Покорнѣйше прошу окружный судъ о переосвидѣствованіи меня въ состояніи умственныхъ способностей, такъ какъ въ настоящее время я чувствую себя вполне психически здоровымъ, то освободить меня изъ больницы, отдавъ на поруки брату. При этомъ присовокупляю, что я оставленъ въ больницѣ по опредѣленію О. окружнаго суда 31-го марта сего года. 26-го октября 1886 года.—Я нижеподписавшійся А. П. К.

6. Вопросы и отвѣты врачей — экспертовъ въ предварительномъ засѣданіи окружнаго суда 23-го іюля 1887 года о томъ же крестьянинѣ К.

*Вопросъ.* Въ какомъ состояніи умственныхъ способностей находится въ настоящее время крестьянинъ О. губерніи, Б. уѣзда, З. волости, деревни К., А. П. К. и не представляется ли опасности къ освобожденію его, К., изъ дома умалишенныхъ?

*Отвѣтъ.* А. П. К. въ настоящее время психически здоровъ, почему освобожденіе его изъ дома умалишенныхъ съ отдачею на поруки благонадежнымъ лицамъ представляется возможнымъ.

7. Окончательное рѣшеніе окружнаго суда о крестьянинѣ К.

Соглашаясь съ вышеприведеннымъ взглядомъ врачей, окружный судъ, на основаніи 96 ст. улож. о наказ. и примѣч. къ 356 ст. уст. угол. суд. изд. 1883 г., согласно съ заключеніемъ и т. д. прокурора, опредѣляетъ: крестьянина деревни К., Б. уѣзда, З. волости, А. П. К. признаетъ въ настоящее время психически здоровымъ и подлежащимъ освобожденію изъ дома умалишенныхъ съ отдачею на попеченіе матери его О. и брату И. К. съ обязанностію тщательно наблюдать за нимъ и, въ случаѣ признаковъ возврата сумашествія, принять мѣры предосторожности или препроводить его въ домъ для умалишенныхъ; объ изложенномъ, при копіи съ сего опредѣленія, сообщить на зависящее распоряженіе прокурору окружнаго суда и т. д.

Итакъ, К., 22 лѣтній убійца и пьяница, на основаніи закона и науки психіатріи, освобожденъ отъ суда и пользуется полной свободой, потому что, до совершенія имъ тяжкаго преступленія, онъ зѣло пьянствовалъ, а во время совершенія преступленія онъ былъ въ состояніи бѣлой горячки; а что онъ натворитъ еще на свободѣ—одинъ Богъ знаетъ.

Къ изложеннымъ официальнымъ даннымъ считаю не лишнимъ прибавить слѣдующее:

1) Изъ дѣла мы знаемъ, что, далеко еще до совершенія имъ послѣдняго преступленія, К. придерживался рюмочки и, по словамъ самаго К., это началось съ 14 лѣтняго возраста; по этому я увѣренъ, что его мысль о существованіи какой то опасной и вредной шайки была ни болѣе, ни менѣе, какъ бредъ, галлюцинація, какъ слѣдствіе *abusus spirituum*, и что хо-

тя, во время пребывания его въ тюрьмѣ и больницѣ, когда хмѣль давно у него уже прошелъ, онъ и самъ хорошо зналъ, что никакой шайки не было и нѣтъ, тѣмъ не менѣе не хотѣлъ сознаться въ своей ошибкѣ, и всячески старался поддерживать свою ложь и обманъ.

2) По крайнему убѣжденію полагаю, что совершившаго преступленіе въ припадкѣ, или во время запоя, нельзя ставить на ряду съ совершившимъ преступленіе въ бреду, или безпамятствѣ, во время острыхъ болѣзней, напр. оспы, тифа, скарлатины, родильной горячки и т. под. болѣзней, также въ приступѣ тоски меланхолии, или немного дней до и послѣ припадка падучей. Пьющій запоемъ есть вредный членъ общества. Для такого человѣка есть средство къ излеченію—это работа и трудъ. По этому думаю, что запой, по своему происхожденію, долженъ служить суду лишь мотивомъ для уменьшенія степени наказанія, смягчающимъ обстоятельствомъ, а не для полного оправданія и не для прекращенія надъ нимъ суда, такъ какъ эта безнаказанность ведетъ только къ тому, что запойники дѣлаются наглыми, дерзкими преступниками, а во время пребывания въ острогѣ и больницѣ узнаютъ терминологию психіатріи и статьи законовъ, по которымъ они освобождаются отъ наказанія. Такъ, недавно одинъ запойникъ совершилъ святотатство въ здѣшнемъ женскомъ монастырѣ: во время богослуженія, при народѣ, зашедши въ предѣлъ, гдѣ не было службы, онъ началъ таскать изъ алтаря цѣнные вѣщи; а когда дежурная монахиня спросила его, что онъ дѣлаетъ въ алтарѣ, онъ преспокойно отвѣчалъ: «я святотатствую»; такъ какъ, по опыту надъ собою, онъ зналъ, что запойникъ считается невмѣняемымъ и освобождается отъ суда и наказанія. Съ другой стороны онъ вынужденъ совершать новыя преступленія, потому что такого человѣка никто на службу не возметъ и онъ отъ бездѣйствія предается пьянству до новаго запоя. Иное дѣло было бы, если бы онъ за свое преступленіе попалъ бы на время въ исправительное заведеніе, въ рабочій домъ, гдѣ онъ привыкъ бы къ труду, работѣ и отвыкъ отъ рюмочки. Это самое могу сказать и о нашемъ К., который далеко не страдаетъ хрони-

ческимъ алкоголизмомъ, — всякій разъ когда я видѣлъ его послѣ сидѣнія въ тюрьмѣ и выдержки въ больницѣ, онъ былъ вполне здоровъ, какъ физически, такъ и психически. Если бы онъ за свои преступленія въ состояніи запоя попалъ въ рабочій домъ, это было бы ему полезно; а какую пользу принесетъ ему надзоръ за нимъ брата и старухи—матери? Онъ, вѣрно, рано или поздно, *volens volens* опять попадетъ въ тюрьму и въ домъ для умалишенныхъ. Правительству и обществу слѣдуетъ придумать мѣры къ ограниченію распространенія пьянства, которое вмѣстѣ съ сифилисомъ губитъ народъ пуше всякихъ эпидемій и, приготовляя болѣзненное потомство, обитателей тюремъ и домовъ для умалишенныхъ, подрываетъ экономическое благосостояніе народа, обогащая кулаковъ и кабатчиковъ.

---

# Владимірскій домъ умалишенныхъ за 1887 г.

С. Н. Совѣтовъ.

Въ психическомъ отдѣленіи къ 1-му октября 1886 г. оставалось: 121 = 77 м. 44 ж. Прибыло въ теченіе года 157 = 107 м. и 50 ж. Выбыло въ теченіе года 125 = 86 м. 39 ж. = 44,7%.

Больные распредѣлялись по роду болѣзней, слѣдующимъ образомъ:

	Состояло.			Прибыло.			Выздоров- вѣло.			Умерло.			Выбыло съ об- легченіемъ и безъ облегчен.			Состоитъ.								
	Всего.	м. ж.	%. %	Всего.	м. ж.	%. %	Всего.	м. ж.	%. %	Всего.	м. ж.	%. %	Всего.	м. ж.	%. %	Всего.	м. ж.	%. %						
Меланхолія. . .	8	5	3	2,8	26	19	7	8,6	11	9	2	3,9	1	—	1	0,3	4	4	—	1,4	18	11	7	6,7
Манія . . . .	13	9	4	4,6	34	20	14	12,2	17	12	5	6,1	3	1	2	1,0	1	—	1	0,3	26	16	10	8,6
Слабоуміе пер- вичное . . . .	9	5	4	3,2	5	3	2	1,8	2	1	1	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	12	7	5	4,3
Слабоуміе вто- ричное . . . .	20	12	8	7,2	9	4	5	3,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	9	8	6,1
Идіотизмъ . . .	18	11	7	6,7	8	6	2	2,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	13	7	7,2
Нейрастенія. . .	—	—	—	—	3	3	—	1,0	1	1	—	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	0,3
Помѣшательст.	34	22	12	12,1	24	15	9	8,5	10	5	5	3,6	5	4	1	1,8	8	4	4	2,8	35	23	12	12,4
Острый бредъ .	—	—	—	—	3	—	—	1,0	—	—	—	—	3	—	3	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Остр. прог. пар.	—	—	—	—	1	—	—	0,3	—	—	—	—	1	—	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Прогрессивный параличъ . . .	9	5	4	3,2	18	15	3	6,7	—	—	—	—	10	9	1	3,6	8	5	3	2,8	9	6	3	3,2
Эпилепсія. . .	9	7	2	3,2	4	2	2	1,4	1	—	1	0,3	2	2	—	0,7	—	—	—	—	10	7	3	3,6
Delirium tremens	—	—	—	—	8	8	—	2,8	8	—	—	2,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Алкогол. хрон.	1	1	—	0,3	8	8	—	2,8	2	—	—	0,7	—	—	—	—	3	3	—	1,0	4	4	—	1,4
Атипич. форма.	—	—	—	—	4	3	1	1,3	—	—	—	—	3	2	1	1,0	—	—	—	—	1	1	—	0,3
Психич. здор. .	—	—	—	—	2	2	—	0,7	1	1	—	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	0,3
	121	77	44	43,6	157	107	50	56,3	53	39	14	10,1	38	24	14	13,6	33	22	11	11,8	155	98	55	55,2%

*Прибывшіе больные по званію  
распред. слѣд. образомъ.*

	м.	ж.	%.
Мѣщанъ . . .	29=20	9=10,1	
Крестьянъ . . .	73=46	27=26,3	
Отст. и запасн. . .	14= 8	6= 9,3	
Духовныхъ . . .	8= 6	2= 2,8	
Куп. и поч. гражд. . .	6= 6	2= 2,0	
Неизвѣстн. . .	1 —	1= 0,3	
		<u>56,2</u>	

*По образованію.*

	м.	ж.	%.
Неграмотныхъ . . .	74=40	34=26,7	
Грамотныхъ . . .	57=47	10=19,4	
Средн. образов. . .	22=17	5= 7,9	
Высшаго . . .	2= 2	—= 0,7	
Неизвѣстн. . .	1=—	1= 0,3	

*По возрасту распред.*

	м.	ж.	%.
Отъ 10 до 15=	1= 1	—= 0,3	
" 15 " 20=	12= 7	5= 4,3	
" 20 " 30=	42=23	19=15,1	
" 30 " 40=	54=42	12=19,4	
" 40 " 60=	43=30	13=15,5	
" 60 " 80=	5= 4	1= 1,8	
	<u>157</u>	<u>56,4</u>	

*По семейному положенію.*

	м.	ж.	%.
Женатыхъ . . .	98=70	28=31,8	
Вдовыхъ . . .	8= 4	4= 2,9	
Холост. и дѣв. . .	48=31	17=17,4	
Неизвѣстн. . .	3= 2	1= 1,1	
	<u>157</u>		

*По занятіямъ больные распредѣлялись слѣд. образомъ.*

	м.	ж.	%.		м.	ж.	%.
Торговцевъ . . .	15=14	1=5,7		Актеровъ . . .	2= 2	—=0,7	
Прислуги . . .	13= 6	7= 4,6		Свящ. церковн. . .	6= 6	—=2,2	
Земледѣл. . .	17=17	—= 6,2		Адвокатовъ . . .	1= 1	—=0,3	
Домашн. хоз. . .	28=28	—=10,1		Фельдшеровъ . . .	1= 1	—=0,3	
Об. кондукт. . .	1= 1	—= 0,3		Архитекторовъ . . .	2= 2	—=0,7	
Фабричн. . .	11= 9	2= 3,9		Сапожник. . .	1= 1	—=0,3	
Портныхъ . . .	4= 3	1= 1,4		Плотниковъ . . .	1= 1	—=0,3	
Учителей . . .	2= 1	1= 0,7		Телеграфист. . .	2= 2	—=0,7	
Каменщик. . .	9= 9	—= 3,3		Кузнецовъ . . .	1= 1	—=0,3	
Пастуховъ . . .	3= 3	—= 1,0		Механиковъ . . .	1= 1	—=0,3	
Письмовод. . .	9= 9	—= 3,3		Безъ опредѣл. . .	24=16	8=8,6	
Неизвѣстн. . .	2= 1	1= 0,7				<u>5,6</u>	

*По мѣсяцамъ поступившихъ больныхъ было:*

	м.	ж.	%.		м.	ж.	%.
въ Октябрѣ . . .	9= 5	4=3,2		въ Апрѣлѣ . . .	10= 7	3= 3,6	
" Ноябрь . . .	9= 5	4=3,2		" Май . . .	12= 7	5= 4,3	
" Декабрѣ . . .	20=13	7=7,2		" Июнь . . .	20=15	5= 7,2	
" Январѣ . . .	9= 7	2=3,2		" Июль . . .	19=11	8= 6,8	
" Февралѣ . . .	12= 8	4=4,3		" Августъ . . .	15=13	2= 5,7	
" Мартъ . . .	10= 7	3=3,6		" Сентябрѣ . . .	12= 9	3= 4,3	
						<u>56,6</u>	

Среднее число поступленій въ мѣсяцъ 13,08 человѣкъ.

*Съ 1-ю октября 1884 юда движеніе больныхъ:*

Къ 1 Октября.			Къ 31 Сентября.		
Состояло:			Состояло:		
м.	ж.		м.	ж.	
1884	81=57	24	135=94	41	120=86
1885	123=81	42	140=94	46	142=98
1886	121=77	44	157=107	50	125=86

Изъ таблицы видно, что число душевно-больныхъ постепенно значительно увеличивается; среднее ежедневное число въ настоящемъ отчетномъ году не спускалось ниже 140—145. Помѣщенія для нихъ приспособленныя были переполнены, такъ что нѣкоторыхъ больныхъ хрониковъ приходилось помѣщать въ далеко отстоящія, и нисколько не приспособленныя, зданія мужской богадѣльни.

Тѣснота помѣщеній, отсутствіе хорошей вентиляціи въ старыхъ домахъ и богадѣльной, — не приспособленность ихъ для нечистоплотныхъ больныхъ, крайне вредно отзывались на здоровьи душевно-больныхъ, которые въ силу необходимости — большую часть времени находятся въ своихъ помѣщеніяхъ.

Въ доказательство высказаннаго мной положенія говорятъ данныя настоящаго отчетнаго года. Въ настоящемъ году умершихъ было 38 челов. на 278, что составитъ 13,6%, — процентъ очень высокій для отдѣленія психическаго, — въ другихъ лечебницахъ онъ не превышаетъ 9% (Саратовской). Среди больныхъ въ старыхъ домахъ былъ скорбуть въ довольно солидныхъ размѣрахъ — случаевъ до 15, — изъ которыхъ 4 кончились смертью.

Умершихъ было:

	м.	ж.	%
8 отъ пневмоніи и туберкулеза..	6	2	2,8
11 паралитик. (изъ нихъ 2 скорбуть.)	9	2	3,9
4 скорбута .....	4	—	1,4
3 отъ pachymeningitis .....	2	1	1,0
2 „ cirrhosis hepatis .....	—	2	0,7
3 „ остраго бреда .....	—	3	1,0
1 „ enteritis .....	—	1	0,3
1 „ дизентеріи .....	1	—	0,3
1 „ воспаления брюшины .....	1	—	0,3
3 „ dementia senilis .....	1	2	1,0
1 „ послѣродовой горячки .....	—	1	0,3
38	24	14	13,6

Представители Владимірскаго губернскаго земства сдѣлали благой починъ; они одни изъ первыхъ задались мыслию улучшить положеніе несчастныхъ душевно-больныхъ. Въ 1883 году земство устроило новые павильоны, исключительно приспособленные къ цѣлямъ лечебницы; не прошло и года, павильоны были уже заняты, а равно и старые дома. Публика стала относиться съ меньшимъ предубѣжденіемъ къ сумашедшему дому,—перестала смотрѣть какъ „на звѣринецъ“.

Не смотря на значительную плату за леченіе душевно-больныхъ,—крестьяне съ большей охотой везутъ своихъ больныхъ въ больницу, такъ что общее число больныхъ, съ 1880 года, съ 60 возросло до 153 въ 1887 году.

Губернская земская управа, согласно докладу врача, для опыта разрѣшила сдѣлать образцы домашней одежды для больныхъ, не выходя изъ установленной смѣты и не отягощая земскаго бюджета.

Губернская земская управа возбудила ходатайство, о постепенномъ переустройствѣ, въ продолженіи 2—3 лѣтъ, комнатъ для буйныхъ больныхъ, которыя, какъ показали 3<sup>1/2</sup> лѣтній опытъ, мало удовлетворяютъ требованіямъ психіатріи: 1) обивка совершенно не упругая, 2) не прочная,—постоянно выбивается и выламывается больными и служитъ часто орудіемъ для нападенія, 3) печи очень большія, далеко выступаютъ въ комнату и оставляютъ недоступное пространство для наблюденія, гдѣ больной, благодаря неудобно устроеннымъ рѣшеткамъ, свободно можетъ повѣситься, каковыя покушенія и были въ 1 и 3 павильонѣ; 4) устроенныя около печей рѣшетки служатъ соблазномъ для больныхъ,—они по нимъ лазаютъ къ фонарю и могутъ сдѣлать пожаръ,—далѣе, бросаютъ туда нечистоты, чѣмъ портятъ воздухъ; 5) двери очень тонки, не рѣдко выбиваются больными и очень передаютъ стукъ и крикъ больного въ другую комнату; стѣны тоже не капитальныя, а деревянныя, да еще снабжены сквозными открытыми фонарями, такъ что цѣль изоляціи и успокоенія больного не достигается, а напротивъ усиливается безпокойство и буйство сосѣда по отдѣленію.

Возбуждено такъ же ходатайство передъ земскимъ собраніемъ объ измѣненіи способа продовольствія душевно-больныхъ.

Хотя земское собраніе не разъ и прежде высказывало желаніе о введеніи работъ въ психическомъ отдѣленіи, но подобное желаніе часто такъ и оставалось желаніемъ. Гг. представителямъ Владимірскаго губернскаго земства необходимо въ нас-



тоящее время высказаться категорически о работахъ, такъ какъ работы составляютъ необходимую и отчасти даже существенную часть леченія душевно-больныхъ. Работы въ психическомъ отдѣленіи заведены съ 1885 года,—сначала устроена была швейная мастерская,—потомъ клейка гильзъ въ небольшихъ размѣрахъ,—работы на черномъ дворѣ велись въ очень ограниченныхъ размѣрахъ, рублей на 30—40 въ годъ—колка и пиленіе дровъ для ваннъ. Работы на черномъ дворѣ находятся въ полной зависимости отъ смотрителя: найдетъ нужнымъ онъ или нѣтъ пригласить больныхъ. Физическая работа на свѣжѣмъ воздухѣ достигла бы 3 цѣлей: 1) понизила бы до известной степени расходъ на содержаніе, которое въ настоящемъ году стоило около 240 руб., тогда какъ на пр. въ Саратовѣ доведено до 203 руб. въ годъ на больного, 2) давала бы правильный обмѣнъ и циркуляцію крови, а также хорошій и правильный сонъ; 3) не давала бы возможности укореняться довольно вредному взгляду больныхъ на себя, какъ на пансіонеровъ земства, которые только ѣдятъ и пьютъ. За 2 года и 7 мѣсяцевъ больными заработано было при самыхъ не благоприятныхъ условіяхъ 1000 руб. 65 коп.; изъ нихъ въ нынѣшнемъ году заработано 332 руб. 26 коп.:

сдѣлано больными гильзъ... 291 тыс. 8 с. 74 р. 46 к.

сшито бѣлья..... 3109 штукъ 207 " 10 "

починено 90 паръ туф. и 5 п. сапогъ 10 " — "

за работу на черномъ дворѣ..... 40 " 70 "

332 р. 26 к.

Заработано меньше прошлаго года потому, что больные 2½ мѣс. (декабрь, январь и ½ февраля) сидѣли безъ работы за неимѣніемъ матеріала. Въ нынѣшнемъ году съ разрѣшенія г. предсѣдателя была заведена въ небольшихъ размѣрахъ (2—3 челов.) сапожная мастерская, но она не просуществовала и 1 мѣсяца, такъ какъ, благодаря найденнымъ какимъ то неудобствамъ, была закрыта. Заведена была такъ же коробочная мастерская въ небольшихъ размѣрахъ, на сколько позволяло помѣщеніе; но и она волею Божіею просуществовала 1½ недѣли и закрылась,—такъ какъ употребленіе ножницъ было признано опаснымъ.

Огородныя работы совершенно неизвѣстны нашимъ душевно-больнымъ, хотя грядъ имѣется въ достаточномъ количествѣ и обрабатываются онѣ наемными рабочими,—больные занимаются только устройствомъ садика и копаніемъ грядъ у врача отдѣленія (8—10 грядъ).

**Dr. Löwenfeld.**

## **Новѣйшій методъ леченія нервной слабости (нейрастеніи), истеріи и сродныхъ болѣзней.**

**Переводъ Н. И. Мухина.**

### **Предварительныя замѣчанія.**

Соціальныя и культурныя отношенія времени отражаются и на тѣлесныхъ заболѣваніяхъ. Такъ называемыя, модныя болѣзни существеннымъ образомъ суть печальныя послѣдствія тѣхъ обстоятельствъ, разрушающаго вліянія которыхъ не могутъ избѣгнуть обширныя народныя массы. Въ настоящее время роль модной, въ этомъ смыслѣ, болѣзни играютъ тѣ пораженія нервной системы, которыя въ просторѣчи обыкновенно зовутся нервностью или нервной слабостью, а въ наукѣ фигурируютъ подъ именемъ нейрастеніи и истеріи.

Приращеніе этого зла за послѣднее десятилѣтіе не подтверждено правда цифровыми данными, тѣмъ не менѣе оно сдѣлалось всеобщимъ и, именно, въ большихъ городахъ, центрахъ промышленной, научной и художественной дѣятельности, настолько очевиднымъ, что уже вызвало серьезныя опасенія даже въ немедицинскихъ кругахъ, въ которыхъ интересуются народнымъ здравіемъ. Что касается врачей, то они до сихъ поръ отнюдь не сложа руки взирали на возрастаніе этихъ состояній. Ими указанъ рядъ вредныхъ сторонъ въ нашей новѣйшей системѣ воспитанія, въ нашей дѣловой и общественной жизни, не упущены также изъ виду и мѣры къ ихъ устраненію. Много сдѣлано также и для того, чтобы увеличить наши средства для преодоленія развившихся болѣзней и сдѣлать эти средства болѣе дѣйствительными. Выдающіеся врачи Сѣверной Америки, Англіи, Франціи и Германіи отдали все свое вниманіе этому предмету. Такимъ путемъ мы посте-

пенно достигли обладанія тѣми методами, которые если еще и не достаточны для всѣхъ случайностей практики, тѣмъ не менѣе доставили уже намъ несравненно большіе результаты, нежели тѣ, которые получались раньше.

Цѣль послѣдующаго изложенія состоитъ въ томъ, чтобы дать обзоръ этихъ методовъ, ихъ дѣйствія и ихъ спеціальныхъ назначеній, преимущественно на основаніи собственной опытности.

Но прежде чѣмъ мы приступимъ къ разрѣшенію нашей задачи, попытаемся нѣсколько точнѣе ограничить область тѣхъ болѣзней, которыми мы будемъ заниматься въ послѣдующемъ. Хотя въ настоящее время произноситъ всякій выраженія: нервность, нервная слабость, нейрастенія и истерія,—тѣмъ не менѣе связываемое съ ними значеніе не всегда бываетъ одинаково. Даже въ болѣе тѣсномъ, спеціально медицинскомъ кругу, точно также существуютъ значительныя различія въ мнѣніяхъ о сущности этихъ неразгаданныхъ пораженій нервной системы. Поэтому, краткое изложеніе нашихъ взглядовъ на этотъ предметъ не должно, повидимому, быть излишнимъ.

Подъ вліяніемъ различныхъ обстоятельствъ, нервнымъ на время можетъ стать каждый здоровый человѣкъ. Бываютъ случаи, когда полное противодѣйствіе болѣзнетворнымъ началамъ со стороны того или другого организма можетъ быть принято за ненормальное, или по меньшей мѣрѣ, необыкновенное, состояніе нервной системы. Уныніе и страхъ, охватывающіе человека, даже одареннаго спокойнымъ темпераментомъ, предъ важными для жизни, или считающимися таковыми, рѣшеніями,—то состояніе души, въ которое насъ приводитъ видъ серьезной опасности, грозящей кому либо изъ дорогихъ членовъ нашей семьи,—долго продолжающіяся вліянія мучительнаго свойства,—то безпокойство, которое подкрадывается къ намъ, когда дѣло идетъ о достиженіи къ назначенному времени какой-либо важной цѣли,—все это суть только выраженія нервности, которая однако можетъ опять исчезнуть, какъ только прекратятся вызвавшія причины. Этой проходящей и, можно бы сказать, фізіологической нервности противопоставляется продолжительная, длящаяся въ теченіи всей жизни, часто уже врожденная

нервность, имѣющая своихъ жертвъ во всѣхъ слояхъ общества, но, главнѣйшимъ образомъ, въ такъ называемыхъ образованныхъ сословіяхъ. Эти лица могутъ представлять видъ полного здоровья, но обладаютъ такимъ состояніемъ нервной системы, которое ясно отличается во многихъ отношеніяхъ отъ состоянія средняго здороваго человѣка.

Они выказываютъ повышенную воспримчивость, какъ по отношенію къ внѣшнимъ впечатлѣніямъ, такъ и къ психическимъ возбужденіямъ. Для нихъ достаточно болѣе легкихъ раздраженій, чѣмъ для здороваго человѣка, чтобы вызвать досаду, страданіе, негодованіе, ужасъ и т. д. Повышенной чувственной воспримчивости соотвѣтствуетъ и болѣе частое измѣненіе господствующихъ чувствъ и ощущеній, болѣе быстрая переменѣ настроенія духа.

У такихъ людей душевныя движенія оказываютъ гораздо болѣе сильное вліяніе на общую нервную систему, чѣмъ у здороваго человѣка. Головная боль, блѣдность лица, дрожаніе, обморочные припадки, расстройство пищеваренія и проч. у нихъ могутъ произойти при такихъ чувственныхъ раздраженіяхъ, которыя здоровому человѣку рѣшительно несвойственны. Рука объ руку съ повышенной возбудимостью идетъ болѣе легкая истощимость нервной системы. Она выражается особенно тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ устойчивости по отношенію къ непріятнымъ впечатлѣніямъ. Воля можетъ быть при этомъ достаточно крѣпкой и тѣмъ не менѣе нервный аппаратъ отказывается работать тамъ, гдѣ ему предъявляются болѣе значительныя требованія.

Это состояніе встрѣчается отнюдь не только у нѣжно сложенныхъ, деликатно организованныхъ людей, — они конечно бываютъ одержимы имъ чаще, чѣмъ другіе; мы встрѣчаемъ его и у людей массивно сложенныхъ, по своей внѣшности изобилующихъ здоровьемъ и силою. Лица съ этимъ состояніемъ нервной системы могутъ удовлетворительно выполнять свои обязанности въ жизни, при благопріятныхъ обстоятельствахъ могутъ создавать даже выдающіяся вещи въ своемъ дѣлѣ. Большая часть тѣхъ выдающихся произведеній въ области искусства и науки, которыя имѣются въ

наше время, составляет заслугу лицъ, въ большей или меньшей мѣрѣ пораженныхъ нервною.

На самомъ дѣлѣ, то, что мы описывали здѣсь, какъ нервность, есть середина, переходное состояніе между здоровьемъ и болѣзью. Благопріятныя внѣшнія условія могутъ быть причиной того, что носители этого состоянія всегда, или по крайней мѣрѣ преимущественно, остаются болѣе на сторонѣ здоровой. Напротивъ, при долгомъ существованіи неблагопріятныхъ вліяній— послѣднія могутъ касаться одной только нервной системы, или организма во всемъ составѣ— это сомнительное состояніе въ дальнѣйшемъ развитіи и можетъ перейти на сторону болѣзни.

Комплексъ разстройствъ, съ которыми мы въ послѣдующемъ преимущественно будемъ имѣть дѣло, представляетъ то, что обозначается именемъ нейрастеніи (нервной слабости, въ смыслѣ Бирда) и истеріи. Здѣсь мы имѣемъ дѣло уже не съ переходнымъ состояніемъ между здоровьемъ и болѣзью, но съ ясно выраженнымъ заболѣваніемъ. Нейрастенія и истерія не всегда развиваются изъ того состоянія, которое мы обозначили именемъ нервности; онѣ могутъ являться и непосредственно у совершенно здоровыхъ людей, особенно при одновременномъ вліяніи тяжелыхъ тѣлесныхъ и душевныхъ потрясеній, какъ, напр., при желѣзнодорожныхъ крушеніяхъ и проч.

Съ другой стороны, на почвѣ нейрастеніи могутъ возникать различныя другіе нейрозы, какъ: хорей, эпилепсія и катаlepsія, равно какъ и всевозможнѣйшія психическія разстройства. Однако послѣднія болѣзни разсматриваются не просто какъ дальнѣйшее развитіе нервности, или специальная форма нервной слабости, потому что при нихъ проявленія нервной слабости отступаютъ на задній планъ, при характерныхъ симптомахъ въ картинѣ новой болѣзни. Нейрастенія и истерія выражаются, напротивъ, тѣми-же основными чертами, что и простая нервность, а именно: уменьшенною производительностью и повышенною чувствительностью нервной системы. Поэтому ихъ можно обозначить, какъ состояніе нервной слабости *хат ѣзохтн*.

Если мы спросимъ себя, какимъ образомъ, при сходствѣ основныхъ чертъ и характера разстройствъ, про-

изошло раздѣленіе нейрастеніи и истеріи, то должны будемъ сознаться, что это раздѣленіе обусловлено рѣшительно болѣе извѣстными историческими отношеніями, чѣмъ натуροю данныхъ поражений. Картина истеріи извѣстна въ своихъ основныхъ чертахъ съ давняго времени. Разстройства, совокупность которыхъ, по почину Beard'a, названа нейрастеніей, не упущены изъ вида, по крайней мѣрѣ, врачами послѣдняго столѣтія, но они смѣшивались съ другими разстройствами и именовались различными названіями (ипохондрія, геморроидальное состояніе, брюшное полнокровіе, *tabes* etc.). Болѣе основательное знакомство съ этой болѣзью началось съ новаго времени и свѣтъ, брошенный на эту область, составляетъ именно заслугу Beard'a. Еще и въ новѣйшее время хотѣли провести рѣзкія границы между нейрастеніей и истеріей, сбиваясь съ толку историческимъ развитіемъ этихъ понятій. Но всѣ эти попытки оказались безуспѣшными. Кто обладаетъ большимъ рядомъ наблюденій относительно данныхъ заблѣваний, тотъ долженъ согласиться съ тѣмъ, что въ немаломъ числѣ случаевъ типической нейрастеніи (въ смыслѣ Beard'a) выступаютъ истерическія черты, а, съ другой стороны, въ случаяхъ классической истеріи встрѣчаются разсѣянные симптомы нейрастеніи, такъ что области нейрастеніи и истеріи по меньшей мѣрѣ совпадаютъ въ значительной степени. Поэтому съ полнымъ правомъ можно говорить объ истерической нейрастеніи или нейрастенической истеріи и нѣкоторые авторы настоящаго времени вообще считаютъ не важнымъ, называются ли состоянія нервной слабости нервною, нейрастеніей, или истеріей. До сихъ поръ препятствіемъ къ выполненію задачи разграниченія между нейрастеніей и истеріей оказывалось то обстоятельство, что въ картинѣ послѣдняго нейроза находятся отдѣльные явленія (группы тяжелыхъ судорожныхъ припадковъ, распространенныя длительныя разстройства ощущенія etc.), которыхъ мы не находимъ при нейрастеніи. У очень многихъ нейрастениковъ и точно также у нѣкоторыхъ истериковъ мы встрѣчаемся съ измѣненіемъ душевнаго строя, съ уныніемъ, разстройствомъ меланхолическаго или ипохондрическаго характера,— послѣдняя форма душевнаго разстройства рѣшительно

преобладаетъ; если она рѣзко выражена, то не говорятъ обыкновенно болѣе о нейрастеніи или истеріи, а объ ипохондріи. Болѣе легкіе изъ соединенныхъ подъ этимъ названіемъ случаевъ (случаи безъ безумныхъ идей и выраженного пресыщенія жизнью) несомнѣнно относятся къ области нейрастеніи (геср. истеріи), между тѣмъ какъ болѣе тяжелые характеризуются или какъ ипондрическая меланхолія, или какъ ипохондрическое помѣшательство. Переходы здѣсь не замѣтны, точно также однако, какъ и переходы отъ нейрастеніи (геср. истеріи) съ простымъ оттѣнкомъ унынія къ ясно выраженной меланхоліи и помѣшательству. Нейрастенія и истерія могутъ далѣе комбинироваться съ различными другими нейрозами, а равно съ мѣстными органическими заболеваниями нервной системы; но онѣ могутъ также присоединяться и къ любому другому заболеванію,—именно мы часто встрѣчаемъ ихъ въ связи съ тѣми пораженіями, которыя наносятъ ущербъ общему питанію.

Такимъ образомъ область состояній нервной слабости очень обширна и со всѣхъ сторонъ сливается съ другими болѣзнями. Если мы спросимъ о тѣхъ измѣненіяхъ нервной системы, которыя лежатъ въ основаніи ихъ, то господствующимъ мнѣніемъ объ этомъ предметѣ является то, что здѣсь дѣло идетъ не о грубыхъ анатомическихъ, но лишь о болѣе тонкихъ (вѣроятно молекулярныхъ) измѣненіяхъ. Нѣкоторые авторы полагаютъ, что при нейрастеніи главное участіе принимаетъ область симпатическихъ нервовъ, и они поэтому причисляютъ эту болѣзнь къ такъ называемымъ ангионейрозамъ. Мы не будемъ здѣсь подвергать ближайшему обсужденію эту теорію. Во всякомъ случаѣ изъ того, что до сихъ поръ стало извѣстнымъ, можно заключить, что при нейрастеніи и истеріи дѣло идетъ въ сущности о пораженіяхъ однородныхъ, и только колеблющихся въ своей интенсивности и экстенсивности по отношенію къ нервному аппарату. Также и причины обоихъ нейрозовъ въ сущности однѣ и тѣже.

Могутъ еще пожалуй встрѣчаться различія въ мнѣніяхъ относительно частоты и тяжести послѣдствій одного или другого этиологическаго момента при обѣихъ формахъ болѣзни. Во всякомъ случаѣ не можетъ быть сомнѣнія, что между причинами нейрастеніи не фигури-

\*

руеть ни одно обстоятельство, которое не находилось бы при истеріи,—и наоборотъ.

Послѣ вышеизложеннаго, конечно, нѣтъ нужды въ особенномъ оправданіи нашего стремленія подвергать общему разсмотрѣнію леченіе состояній нервной слабости.

### **I. Причины и причинное леченіе.**

Леченіе состояній нервной слабости ставитъ намъ прежде всего задачу, разрѣшеніе которой въ конкретномъ случаѣ бываетъ то очень легко, то сопряжено съ большими затрудненіями, это именно — розыскать причины, произведшія расстройства нервной системы. Это обстоятельство имѣетъ высокое практическое значеніе. Если наши терапевтическія дѣйствія не основаны въ достаточной мѣрѣ на причинныхъ показаніяхъ, то мы безъ основательнаго изслѣдованія находимся въ серьезной опасности не достигнуть никакихъ результатовъ, даже съ хорошо обдуманнми мѣрами. Чтобы получить отъ больного всѣ необходимыя свѣдѣнія, врачу нужны полное и безусловное довѣріе паціента и извѣстный тактъ. Потому что при этомъ нерѣдко дѣло идетъ объ открытіи такихъ обстоятельствъ, которыхъ никто не откроетъ постороннему человѣку безъ извѣстной осторожности.

Лечащій врачъ долженъ прилежно потрудиться надъ изученіемъ всего внѣшняго теченія жизни больного, основательно познакомиться съ болѣзнями, которыя онъ перенесъ и со всѣми обстоятельствами его жизни, а также съ состояніемъ здоровья его родственниковъ (нисходящихъ и восходящихъ въ особенности) и преслѣдить со всей тщательностью существующую нервную болѣзнь до самаго перваго начала.

Нечего и говорить о томъ, что съ этимъ должно быть связано основательное тѣлесное изслѣдованіе. Только такимъ путемъ мы можемъ доставить себѣ ясную картину причинъ существующаго нервного расстройства и оградить себя отъ того, чтобы послѣдствія или частичныя проявленія нервной болѣзни не принять за причины ея, какъ это бываетъ отнюдь не рѣдко.



Ближайшія или прямыя причины состояній нервной слабости можно раздѣлить на 4 группы.

1) Истощеніе нервной системы излишествами въ области духа или тѣла, или въ обѣихъ областяхъ вмѣстѣ, какъ: чрезмѣрное умственное напряженіе, половые эксцессы, тѣлесныя труды, чрезмѣрныя требованія, предъявляемыя отдѣльнымъ мышечнымъ областямъ (постоянное стояніе, усиленное напряженіе рукъ при извѣстныхъ работахъ etc.), чрезмѣрное напряженіе зрѣнія, ночныя дежурства и т. д.

2) Истощеніе нервной системы слишкомъ частыми, продолжительными, или слишкомъ интенсивными возбужденіями центральнаго или периферическаго происхожденія, каковы: горе, заботы, досада, испугъ, раздражающія спекуляціи, неудовлетворенное честолюбіе, болѣзни, соединенныя съ тяжкими болями или съ другими мучительными ощущеніями (шумомъ въ ушахъ, кожнымъ зудомъ), болѣзни желудка и кишечника, заболѣванія половыхъ органовъ.

3) Истощеніе нервной системы недостаточнымъ питаніемъ и отравленіями, какъ: малокровіе, вслѣдствіе потери крови и соковъ, хлорозъ, скудное питаніе, лечение тучности, тяжелыя лихорадочныя общія заболѣванія, чрезмѣрность въ употребленіи кофе, чая, спиртныхъ напитковъ, табака, морфія, постоянное пребываніе въ очень сырыхъ помѣщеніяхъ etc.

4) Механическія и термическія поврежденія: тяжелыя тѣлесныя потрясенія (при желѣзнодорожныхъ крушеніяхъ, паденіяхъ съ лошади etc), работа въ черезчуръ натопленныхъ помѣщеніяхъ, инсоляція и т. д. <sup>1)</sup>.

Относительно большинства изъ упомянутыхъ причинъ, мѣры, принимаемыя врачомъ, едва-ли могутъ подлежать какому либо сомнѣнію. Что мы запрещаемъ чрезмѣрныя умственныя напряженія, эксцессы in Vascho et Venere, стараемся поднять упавшее питаніе,— все это само собой понятно, по крайней мѣрѣ для раціональнаго врача.

<sup>1)</sup> Рядомъ съ ближайшими или прямыми причинами нервной слабости, различаютъ еще отдаленныя предрасполагающія причины, какъ: врожденное предрасположеніе, климатическія условія, занятія и т. д. Мы однако не можемъ здѣсь ближе входить въ разборъ этихъ моментовъ.

Не такъ просты однако тѣ отношенія, гдѣ нервная слабость связана съ заболѣваніями половыхъ органовъ. Большая частота этой комбинаціи въ прежніе годы привела значительное большинство гинекологовъ къ тому воззрѣнію, что въ измѣненіяхъ половыхъ органовъ должно искать исходный пунктъ всѣхъ нервныхъ (истерическихъ) припадковъ и жалобъ у женскаго пола. Отсюда вышло то слишкомъ высокое мнѣніе о значеніи такъ называемыхъ женскихъ болѣзней, какъ причинъ нервныхъ расстройствъ, отъ котораго не вполне освободились еще и до сихъ поръ. Однако-же нельзя отрицать, что въ послѣдніе годы въ воззрѣніяхъ лучшихъ гинекологовъ на отношенія между страданіями половыхъ органовъ и нервными болѣзнями, произошла значительная перемѣна, которая совершенно сближаетъ ихъ точку зрѣнія съ точкой зрѣнія нейропатологовъ и большинства практиковъ.» Врожденное предрасположеніе,» объявляетъ Кельнскій гинекологъ Rheinstädter:» образъ жизни, воспоминанія и психическія вліянія (чрезмѣрное умственное напряженіе, испугъ, заботы и горе) имѣютъ гораздо большее значеніе въ возникновеніи женской нервно-сти, чѣмъ заболѣванія половыхъ органовъ.» Подобныя взгляды высказываютъ и многіе другіе гинекологи. Соответственно современному состоянію нашихъ знаній, мы можемъ представить отношенія, въ которыхъ находятся другъ къ другу состоянія нервной слабости и заболѣванія половыхъ органовъ, въ слѣдующихъ четырехъ рубрикахъ:

1) Болѣзнь половыхъ органовъ составляетъ сама по себѣ производящую (прямую или непрямую) причину существующаго нервного расстройства. Въ этомъ случаѣ, встрѣчающемся относительно рѣдко, не нужно думать, что дѣло идетъ о тяжкихъ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ. Даже измѣненія, причисляемыя гинекологами къ болѣе легкимъ, какъ флексія, катарры маточнаго рукава, хроническія воспалительныя пораженія матки и яичниковъ, могутъ оказаться достаточно дѣйствующими.

2) Заболѣваніе половыхъ органовъ, въ связи со множествомъ другихъ вредныхъ вліяній, вызываетъ нервное расстройство. Это, какъ показалъ Engelhardt jun. на матеріалѣ больныхъ Фрейбургской клиники, встрѣчается

въ большинствѣ случаевъ всѣхъ нервныхъ страданій, соединенныхъ съ пораженіями половыхъ органовъ.

3) Заболѣваніе половыхъ органовъ и нервная болѣзнь произошли совершенно независимо другъ отъ друга и образуютъ почти простое совпаденіе. Оба заболѣванія могутъ здѣсь быть совмѣстными эффектами одной общей причины.

4) Заболѣваніе половыхъ органовъ есть слѣдствіе нервного разстройства, вызваннаго первично какою либо другою причиной, оно можетъ въ этомъ случаѣ вызвать вторично усиленіе нервной болѣзни. Такимъ образомъ могутъ происходить и дѣйствовать въ особенности аномаліи менструаціи, такъ же какъ и измѣненія формы и положенія матки.

Рѣшить, подъ которую изъ этихъ четырехъ рубрикъ подвести отношеніе между пораженіемъ половыхъ органовъ и нервнымъ страданіемъ, въ отдѣльномъ случаѣ натурально нерѣдко можетъ быть дѣломъ очень труднымъ и даже совершенно невозможнымъ.

Что въ случаяхъ, относящихся къ третьей и четвертой рубрикѣ, нервное страданіе не устраняется леченіемъ болѣзни половыхъ органовъ, — очевидно и не требуетъ дальнѣйшихъ разъясненій. Однако и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ страданіе половыхъ органовъ, само по себѣ или въ связи съ другими вредными вліяніями, вызвало происхожденіе разстройствъ въ области нервной системы, гинекологическое леченіе не всегда бываетъ необходимо, или даже полезно.

Опытъ показываетъ, что у очень многихъ особъ женскаго пола, особенно у молодыхъ дѣвицъ, уже осторожнѣйшее изслѣдованіе половыхъ органовъ, а еще болѣе предприниманіе мѣстнаго леченія, ведетъ къ усиленнымъ психическимъ (отчасти также половымъ) возбужденіямъ, которыя, по своему вліянію на нервную систему, рѣшительно приносятъ больше вреда, чѣмъ то заболѣваніе половыхъ органовъ, которое стараются устранить. Поэтому, при долго длящейся, вызванной страданіями половыхъ органовъ, нервной болѣзни, часто случается, что со временемъ послѣдняя пріобрѣтаетъ больше и больше самостоятельности, по отношенію къ причинному фактору, и наконецъ освобождается совершенно отъ него, такъ что даже удаленіе момента,

давшего ей первый толчекъ, не измѣняетъ теченія нервной болѣзни. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ учатъ многочисленные опыты, исключительная борьба съ болѣзнью половыхъ органовъ, вмѣсто ожидаемаго выздоровленія, можетъ причинить больной ухудшеніе ея нервного состоянія. Очень мѣтко выражается въ этомъ отношеніи выдающійся англійскій гинекологъ Playfair. «Хотя нервное состояніе очень часто находится въ связи съ заболѣваніями половыхъ органовъ, однако оно въ большемъ числѣ случаевъ, которые я лично видѣлъ, совершенно затемняло вызвавшее его мѣстное страданіе. Я право не знаю, не слѣдуетъ ли мнѣ нѣсколько смиренно признаться съ чистосердечной откровенностью, что неумѣренное и неразумное мѣстное леченіе во многихъ случаяхъ усиливало и поддерживало, по крайней мѣрѣ, по моему мнѣнію, господствующее нервное страданіе, — какъ, напр., въ одномъ случаѣ, находящемся и въ настоящее время на моемъ попеченіи, о которомъ можно по справедливости сказать, что пациентка страдаетъ пессаріями въ мозгу, — до того непрерывно думаетъ она о томъ или другомъ изъ 79 инструментовъ, которые ей были введены за послѣдніе годы въ Америкѣ и здѣсь».

Продолженіе страданія половыхъ органовъ, въ случаяхъ этого рода, отнюдь не препятствуетъ, какъ показываютъ опыты съ леченіемъ Mitchel'я, полному излеченію нервного страданія посредствомъ соотвѣтственнаго общаго леченія.

При всемъ томъ, конечно, остается еще большое число случаевъ, въ которыхъ нельзя обойти леченіе болѣзни половыхъ органовъ.

Это прежде всего тѣ случаи, въ которыхъ, при тщательномъ собираніи анамнеза, не оказывается никакой другой причины нервного страданія, какъ болѣзнь половыхъ органовъ, и произведенныя ею нервныя расстройства достаточны, чтобы оправдать мѣстное леченіе. Затѣмъ сюда подходятъ тѣ случаи, въ которыхъ болѣзнь половыхъ органовъ, помимо всякаго ея вліянія на нервную систему, требуетъ устраненія, по причинѣ своихъ послѣдствій для всего организма, слѣдовательно, тѣ именно, гдѣ этой болѣзнью вызываются потери крови и соковъ, или наносится ущербъ аппетиту и

пищеваренію. Въ подобныхъ случаяхъ даже временное ухудшеніе нервнаго состоянія, вслѣдствіе мѣстнаго леченія, не должно быть принимаемо во вниманіе, а также не должно удерживать отъ мѣстнаго леченія зависимость нервныхъ разстройствъ отъ другихъ моментовъ. Съ другой стороны однако надо принять въ соображеніе и то, что въ большинствѣ этихъ случаевъ однимъ устраненіемъ пораженія половыхъ органовъ отнюдь не достигается излеченіе нервнаго страданія. Здѣсь преимущественно требуется еще леченіе, спеціально направленное на нервную систему, или общее, которое можетъ имѣть мѣсто или одновременно съ мѣстнымъ леченіемъ, или послѣ него.

Гораздо менѣе, чѣмъ у женщинъ, были наблюдаемы у мужчинъ заболѣванія и ненормальности половыхъ органовъ, какъ причины нервной слабости. Это положеніе во всякомъ случаѣ основано на фактическихъ данныхъ. Если мы примемъ въ соображеніе частоту заболѣваній половыхъ органовъ у мужчинъ въ молодыхъ годахъ и сравнимъ съ нею число случаевъ, въ которыхъ подобныя страданія ведутъ къ развитію нервныхъ разстройствъ, то должны будемъ согласиться, что это случается только относительно рѣдко и только у предрасположенныхъ индивидуумовъ<sup>1)</sup>.

Поэтому Beard заходитъ, пожалуй, слишкомъ далеко, утверждая, что въ патологическомъ и этиологическомъ смыслѣ простатическая часть уретры у мужчины совершенно аналогична женской маткѣ.

По моимъ изслѣдованіямъ, аналогія между маткою и простатическою частью уретры у мужчинъ существуетъ, кажется, лишь въ томъ отношеніи, что хроническое воспаленіе послѣдней нанчаще, между всѣми измѣненіями полового аппарата у мужчины, образуетъ исходный пунктъ нейрастеническаго состоянія.

Въ этомъ отношеніи могутъ также дѣйствовать: стриктуры уретры, измѣненія простаты, ослабленіе ductus ejaculatorii и окружающей ихъ ткани, удлинненное

<sup>1)</sup> Сказанное относится только къ Германіи; кажется, что въ этомъ отношеніи положеніе отлѣльныхъ народовъ не одинаково, — въ Соединенныхъ Штатахъ, судя по даннымъ Beard'a, заболѣванія и ненормальности половыхъ органовъ у мужчинъ ведутъ чаще къ нейрастеническимъ заболѣваніямъ, чѣмъ у насъ.

praeruptium и фимозъ (вслѣдствіе которыхъ наступаютъ накопленія смегмы и balanitis). Изъ всѣхъ этихъ моментовъ только хроническій уретритъ, по крайней мѣрѣ при извѣстныхъ обстоятельствахъ, вліяетъ прямо вредно на нервную систему; между прочимъ усиленные поллюціи и сперматоррея являются обыкновенно побочными этиологическими моментами, ведя при долгомъ существованіи мало по малу къ нейрастеническимъ состояніямъ, или тамъ, гдѣ послѣднія вызваны уже другими причинами, къ ухудшенію ихъ. Исключительно мѣстное, направленное на устраненіе измѣненій въ половыхъ органахъ, леченіе обыкновенно недостаточно въ подобныхъ случаяхъ для устраненія нервныхъ разстройствъ, если онѣ длятся уже долгое время. Какъ и при страданіяхъ половыхъ органовъ женщинъ, и здѣсь нервное страданіе съ теченіемъ времени достигаетъ часто независимаго положенія, относительно вызвавшихъ его первоначальныхъ моментовъ. Исключительная борьба съ послѣдними можетъ тогда оказаться не только бесполезной для стоящаго теперь на первомъ планѣ нервнаго страданія, но можетъ повліять на него прямо ухудшающимъ образомъ. Благодаря любезности D-г Letzel'я, извѣстнаго здѣсь спеціалиста по кожнымъ болѣзнямъ и болѣзнямъ половыхъ органовъ, я имѣлъ возможность въ теченіи прошлаго года наблюдать одинъ въ высшей степени поучительный въ этомъ отношеніи случай. Одинъ молодой человѣкъ, *commis voyageur*, отъ пріобрѣтенной за нѣсколько лѣтъ до того гонорреи, имѣлъ хроническій уретритъ, который съ теченіемъ времени вызвалъ различныя нейрастеническія разстройства. Для устраненія уретрита, пациентъ предпринялъ рядъ леченій у разныхъ врачей въ различныхъ мѣстахъ Германіи и, между прочимъ, у извѣстныхъ авторитетовъ въ области болѣзней половыхъ органовъ. Конечный результатъ всѣхъ этихъ стараній былъ тотъ, что молодой человѣкъ пріобрѣлъ тяжелую форму нейрастеніи, которая сдѣлала его совершенно неспособнымъ къ работѣ; траты же на леченіе сверхъ того поглотили его очень большія средства.

*Устраненіе при нервной болѣзни первичныхъ причинъ и независимое дальнѣйшее теченіе ея, даже послѣ удаленія послѣднихъ, есть фактъ, который мы встрѣча-*

ель отнюдь не только при заболѣваніяхъ половых органовъ. Въ самомъ дѣлѣ, здѣсь идетъ дѣло объ общемъ явленіи. Если только измѣненія въ централь-ныхъ органахъ, лежація въ основѣ нейрастенически — истерическаго состоянія, поддерживаются какими-либо причинами втеченіи долгаго времени, то удаление послѣднихъ отнюдь не обуславливается возвращеніе центральныхъ органовъ къ нормѣ; все дѣло главнымъ образомъ зависитъ здѣсь отъ первичнаго состоянія нервной системы, именно отъ существованія или отсутствія врожденной нейропатической конституціи, — точно также безразлично — положитъ ли устраненіе причинныхъ моментовъ начало прекращенію серьезнаго перваго разстройства, или нѣтъ, по-прежнему первыя болѣзни наступаютъ только весьма постепенно и въ незначительномъ числѣ случаевъ даже невозможно бываетъ достигнуть полной реставраціи нервной системы.

Выводы, которые могутъ получиться въ практическомъ отношеніи изъ этихъ данныхъ, также просты, какъ и многозначительны. Хотя безъ сомнѣнія при нейрастеніи и истеріи важно обнаруженіе и устраненіе причинъ, однако никоимъ образомъ нельзя думать, что мы этимъ сдѣлаемъ все, что требуется, судя по положенію вещей въ каждомъ случаѣ. Тамъ, гдѣ названныя болѣзни существуютъ съ давнихъ поръ, безразлично, отчего бы ни произошло разстройство нервной системы, тамъ по крайней мѣрѣ еще наиболѣе потребно леченіе, прямо вліяющее на нервную систему, чтобы добиться исцѣленія или, по крайней мѣрѣ, достижимаго въ индивидуальномъ случаѣ улучшенія. Надежды на полное возстановленіе въ общемъ тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ ранѣе болѣзнь поступаетъ въ леченіе. «Principiis obsta». Это основное положеніе должно быть строжайшимъ образомъ приводимо въ исполненіе въ каждомъ случаѣ, который намъ представитъ поводъ къ тому, особенно же тамъ, гдѣ существуетъ врожденная нейропатическая конституція.

## II. Діететическое леченіе.

### A. Питаніе.

Переходя къ изложенію ученія о діетѣ, необходимой при нервной слабости, мы должны прежде всего занять-

ся вопросом: не свойственно ли нѣкоторымъ изъ употребляемыхъ нами пищевыхъ веществъ спеціально вредное вліяніе на нервную систему, что должно натурально исключить ихъ изъ діеты нервныхъ болѣзней,—или не представляютъ ли другія особыхъ выгодъ для выравниванія существующихъ въ нервной системѣ разстройствъ? Въ этомъ отношеніи отъ времени до времени появлялись, конечно, различныя предложенія, но они еще совершенно не доказательны. Мы хотимъ здѣсь заняться только однимъ ученіемъ, которое имѣетъ, къ счастью, послѣдователей болѣе въ кругу людей непосвященныхъ, чѣмъ между врачами. Это именно вегетеріанизмъ. Грубыя преувеличенія, которыми изобилуютъ проповѣди вегетеріанскихъ апостоловъ, не должны удерживать врача, намѣревающагося заниматься нервными болѣзнями, изслѣдовать самое ядро защищаемаго вегетеріанцами воззрѣнія. Замѣчанія, которыя я позволяю себѣ здѣсь объ этомъ предметѣ, составляютъ результатъ многократныхъ разсужденій и наблюдений, которыя я считалъ необходимыми втеченіи моей врачебной дѣятельности. По воззрѣнію вегетеріанцевъ, мясо считается раздражающимъ средствомъ. Мясная пища влечетъ за собою потребность другихъ раздражающихъ и вкусовыхъ веществъ, особенно спиртныхъ напитковъ, — она можетъ, далѣе, причинить всевозможные пороки, сдѣлать человека дурнымъ, рано старѣющимъ, грубымъ, вспыльчивымъ, страстнымъ etc. Если-бы это было такъ, то было-бы болѣе, чѣмъ достаточное основаніе отсовѣтовать мясную пищу самымъ рѣшительнымъ образомъ нервнымъ больнымъ. Однако, ни одно изъ этихъ обвиненій, мясной пищи, при внимательномъ разслѣдованіи, не является основательнымъ. За то, что мясная пища не ведетъ непременно къ употребленію спиртныхъ напитковъ, говорятъ какъ наблюденія въ нашемъ отечествѣ, въ которомъ находится довольно значительное количество людей, употребляющихъ мясо и не принимающихъ никакихъ спиртуозовъ, такъ и въ особенности общества умѣренности въ Англіи и Америкѣ, члены которыхъ, какъ я могу сказать на основаніи собственнаго наблюденія, совсѣмъ не вегетеріанцы. Остальные обвиненія такъ мало соотвѣтствуютъ всякому опыту, что бли-



жайшее разсмотрѣніе ихъ кажется мнѣ неумѣстнымъ. Съ другой стороны, наблюденія нашего деревенскаго населенія, которое сплюшь влечитъ свою жизнь съ растительной пищей, питаніе котораго поэтому въ сущности вегетаріанское, показываютъ, что этотъ способъ питанія не задерживаетъ возникновенія нервныхъ болѣзней, при существованіи извѣстныхъ причинъ, и въ общемъ не споспѣшествуетъ устраненію этого состоянія. Я нашолъ также, что нервные больные изъ крестьянъ, которые въ городахъ, вмѣсто привычной, почти исключительно растительной, принимаютъ обыкновенную, смѣшанную пищу, ничуть не испытываютъ отъ этого вреда. При всемъ томъ, мнѣ кажется, что нѣкоторые опыты и наблюденія другихъ врачей говорятъ за то, что исключительно, или почти исключительно, растительная пища полезна въ нѣкоторыхъ случаяхъ нейрастеніи. Затрудненіе состоитъ только въ томъ, чтобы выдѣлить случаи, подлежащіе особенно этой діетѣ. По моимъ, конечно не очень многочисленнымъ, наблюденіямъ въ этомъ направленіи, кажется, что такая перемѣна въ образѣ жизни полезна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ склонность къ мясной пищѣ въ слишкомъ большомъ количествѣ и сверхъ того болѣе, чѣмъ слѣдуетъ, употребляются спиртные напитки. Встрѣчаются далеко нерѣдко, именно въ высшихъ сословіяхъ, такіе больные, которые совершенно убѣждены, что одно только мясо даетъ силу; они предаются культу мяса, пренебрегая остальнымъ матеріаломъ, необходимымъ для рациональнаго смѣшаннаго питанія (жиры, углеводы), и сверхъ того, для устраненія временныхъ состояній слабости и изъ другихъ побужденій (напр. вслѣдствіе плохого сна) принимаютъ значительныя количества спиртныхъ напитковъ. Тутъ можетъ—такъ по крайней мѣрѣ я представляю себѣ ходъ дѣла—такого рода быстрая и рѣзкая перемѣна образа жизни благотворно повліять на состояніе нервныхъ центровъ, какъ это безъ всякаго сомнѣнія часто замѣчается при перемѣнѣ воздуха <sup>1)</sup>).

<sup>1)</sup> Мои наблюденія относятся преимущественно къ лицамъ, которые, обративъ вниманіе на вегетаріанскія сочиненія, испытывали вегетаріанизмъ и при этомъ первое время на самомъ дѣлѣ полагали, что достигли облегченія многихъ раньше бывшихъ недуговъ, боль-

Въ общемъ однако для нервныхъ больныхъ годна смѣшанная пища. Количество и составъ ея должны регулироваться, смотря по особенностямъ отдѣльнаго случая, особенно по состоянію общаго питанія и пищеварительныхъ органовъ. Мы находимъ именно между нейрастениками не мало индивидовъ, которые, при крѣпкомъ тѣлосложеніи, представляютъ безупречное общее питаніе, которыхъ лицо полно и красно, жирная клѣтчатка хорошо и даже значительно развита. Такая наружность по большей части бываетъ нѣкоторымъ образомъ непріятна для этихъ больныхъ, принадлежащихъ отчасти къ плохой категоріи нейрастениковъ, такъ какъ ихъ жалобамъ дается мало вѣры со стороны окружающихъ. Регулированіе діеты въ этихъ случаяхъ требуетъ мало особыхъ предписаній. Пища должна быть въ общемъ легко варимая и времена пріема ея не слишкомъ удалены другъ отъ друга. Большее число меньшихъ пріемовъ слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, предпочесть меньшему числу большихъ пріемовъ. Умѣренный и, смотря по обстоятельствамъ, даже обильный пріемъ свѣжихъ овощей и фруктовъ необходимъ, чтобы достичь легкаго стула—обстоятельства очень важнаго для нервнаго больного. Пища должна быть принимаема правильно, въ опредѣленные часы и не торопясь,—сообразно съ этими часами должно быть распределено время умственного и болѣе сильнаго физическаго труда. Что касается чая и кофе, то абсолютное запрещеніе этихъ вкусовыхъ веществъ нервнымъ больнымъ я считаю не нужною, и не оправданною опытомъ, строгостью.

Ежедневный однократный пріемъ чая и кофе (именно по утрамъ) навѣрное въ большинствѣ случаевъ безвреденъ. Совершенное лишеніе этихъ напитковъ мнѣ кажется умѣстнымъ въ тѣхъ только случаяхъ, въ которыхъ существуетъ чрезмѣрная нервная раздражимость, гиперестезія въ различныхъ чувственныхъ областяхъ etc.

---

шей умственной производительности и покоя. Никому однако изъ этихъ лицъ не правится такой образъ жизни на долгое время; постепенно слѣдовало возвращеніе къ прежнему образу жизни и совершенно безъ вредныхъ послѣдствій для здоровья.

Большаго тѣанія, чѣмъ въ вышеупомянутомъ классѣ нервныхъ больныхъ, требуетъ діета у истощенныхъ, плохо упитанныхъ, малокровныхъ, физически слабыхъ индивидуумовъ, у которыхъ нерѣдко и аппетитъ бываетъ неудовлетворителенъ.

Здѣсь можно сказать, что въ общемъ, не поднявъ общаго питанія, нельзя достигъ продолжительнаго улучшенія. Въѣсть съ тѣмъ, однако, слѣдуетъ замѣтить съ особеннымъ удареніемъ, что однимъ только улучшеніемъ питанія по меньшей мѣрѣ не всегда можно добиться устраненія нервного расстройства. Многое зависитъ еще отъ того, въ какомъ отношеніи упадокъ питанія стоитъ къ нервнымъ расстройствамъ.

Не всегда первое бываетъ причиной второго, напротивъ, часто бываетъ наоборотъ. Расстройство въ области нервной системы, особенно чрезмѣрныя умственныя напряженія, волненія и безсонница наносятъ ущербъ аппетиту и пищеваренію, и этимъ ведутъ къ физическому изнеможенію и малокровію, которыя, въ свою очередь, въ высшей степени неблагопріятно вліяютъ на нервную систему. Слѣдовательно, въ случаяхъ, въ которыхъ нейрастеническія и истерическія состоянія развиваются вслѣдствіе упадка питанія, вызваннаго болѣзнями или происшедшаго при плохихъ внѣшнихъ условіяхъ, мы видимъ, что съ улучшеніемъ питанія и съ вызваннымъ имъ улучшеніемъ конституціональнаго состоянія, приращеніемъ вѣса тѣла, соотвѣтственно уменьшаются болѣе всего нервныя страданія. Напротивъ того, у тѣхъ больныхъ, у которыхъ нервныя расстройства произошли первично, обильное питаніе вовсе не даетъ настолько рѣзкихъ благопріятныхъ результатовъ. Я даже наблюдалъ нѣсколько такихъ случаевъ, въ которыхъ существовала ненормальная потребность въ пищѣ, больные принимали вслѣдствіе этого чрезмѣрное количество пищи и при этомъ все таки не показывали ни улучшенія своей нервной болѣзни, ни явнаго поднятія общаго питанія.

Въ этихъ случаяхъ, если мы хотимъ чтобы подвозъ питательнаго матеріала вліялъ благопріятно на общее питаніе, мы должны прежде всего удалить причины нервныхъ расстройствъ (чрезмѣрныя умственныя напряженія, досаду, печаль etc.). Діететическая задача,

которую въ общемъ слѣдуетъ соблюдать по отношенію къ плохо упитаннымъ больнымъ, состоитъ въ подвозѣ обильнаго питательнаго матеріала, частыми, но малыми приѣмами, въ составѣ котораго не должно однако отдавать чрезмѣрнаго преимущества мясной пищѣ, но надо позаботиться и о жирѣ и углеводахъ.

Чтобы поступить при этомъ совершенно рационально и увѣренно, рекомендуется въ особенно тяжелыхъ случаяхъ прежде установить количество бѣлка, жира и углеводовъ, которое желательно назначить больному, и затѣмъ вычислить, въ какихъ пищевыхъ средствахъ всего лучше можно найти подходящее количество. Дозволяемое число приѣмовъ пищи должно регулироваться, смотря по потребностямъ отдѣльнаго случая, въ особенности должна быть принята во вниманіе склонность къ появленіямъ слабости. Поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ надо ежечасно предлагать что нибудь больному, а въ другихъ достаточно позволить немного пищи чрезъ каждые 2—3 часа. При этомъ, чтобы облегчить принятіе необходимаго количества ея, надо позаботиться о соотвѣтствующей перемѣнѣ меню. Тамъ, гдѣ позволяютъ внѣшнія обстоятельства и аппетитъ недостаточенъ самъ по себѣ, можно съ пользой употреблять возбуждающія аппетитъ блюда (устрицы, икру, ветчину и извѣстные сорта копченнаго мяса, дичь, извѣстные виды копченой и маринованной рыбы). Въ такихъ случаяхъ надо и по ночамъ, втеченіи нѣкотораго времени сна, заботиться о предложеніи отдѣльной легко перевариваемой пищи (молока и яицъ въ смятку въ особенности), такъ какъ лишеніе пищи втеченіи большаго числа часовъ легко ведетъ къ значительнымъ расстройствамъ.

Для особенно истощенныхъ и малокровныхъ больныхъ, которые при томъ одержимы извѣстной слабостью воли, вслѣдствіе которой они не способны ни къ какой собственной дѣятельности, направленной къ улучшенію ихъ состоянія, Weir Mitchel выработалъ способъ леченія, въ которомъ, между различными факторами, главную роль играютъ мѣры, направленные къ бысткому прибавленію вѣса, такъ сказать, форсированное питаніе (отсюда леченіе питаніемъ).

Этотъ пріемъ въ Европѣ на больныхъ былъ въ первый разъ испытанъ и горячо рекомендованъ Playfair'омъ. Ученіе о немъ мы изложимъ въ концѣ этой работы, въ особомъ приложеніи болѣе подробно.

У немалого числа нейрастенниковъ главную тягость составляютъ расстройства пищеваренія (*neurasthenia gastrica*, нервная диспепсія). Они могутъ даже настолько выступать впередъ, что остальные нейрастенические симптомы становятся совершенно незамѣтными, даже для паціентовъ, и болѣзнь разсматривается, какъ чистое поражение желудка. Нервные больные этого рода могутъ имѣть хорошій видъ, какъ доказательство того, что, вопреки существующему расстройству пищеваренія, общее питаніе ихъ не терпитъ никакого ущерба. Въ другихъ случаяхъ однако они представляютъ блѣдный цвѣтъ лица и исхуданіе; послѣднее можетъ быть настолько значительнымъ, что производитъ даже опасеніе за жизнь паціента, какъ я это видѣлъ въ случаѣ, пользованномъ мною съ однимъ изъ здѣшнихъ товарищей. Опытъ всѣхъ наблюдателей учитъ теперь, что расстройства пищеваренія, о которыхъ идетъ рѣчь, не устраняются ни лекарствами, ни минеральными водами, ни тщательнѣйшей діетой.

Терапевтическіе пріемы, достигающіе здѣсь прочныхъ результатовъ, суть только тѣ, которые направлены на укрѣпленіе общей нервной системы. Не смотря на то, и въ этихъ случаяхъ, особенно при существованіи исхуданія, по моимъ наблюденіямъ, необходимо осторожное регулированіе діеты, и именно потому, что съ ухудшеніемъ расстройствъ пищеваренія, вслѣдствіе принятія негодной (т. е. не приспособленной къ данной производительности желудка) пищи, почти всегда ухудшаются и остальные нейрастенические симптомы и тогда нерѣдко развивается вполне неутѣшительное состояніе.

Наилучшихъ результатовъ достигаютъ здѣсь подборомъ пищи, подобной той, какая требуется при хроническомъ катаррѣ желудка,—это будутъ преимущественно: молоко и извѣстныя молочныя блюда, яйца въ смятку, сырая наскобленная ветчина, или сырой бифштексъ, жареная или духовая не жирная говядина, при этомъ немного бѣлаго хлѣба или сухарей. Въ случаяхъ особен-

ной раздражительности желудка, также хорошо вначалѣ испробовать чистую молочную діету. Только съ постепеннымъ наступленіемъ улучшенія можно позволить нѣсколько болѣе богатый подборъ пищи и особенно употребленіе легкихъ овощей. Въ случаяхъ яснаго исхуданія, понятно, дѣло идетъ не только о томъ, чтобы устранить недостаточное питаніе, не причиняющее никакихъ или, быть можетъ, малыхъ разстройствъ желудка, въ такихъ случаяхъ надо, кромѣ того, еще стараться о явномъ прибавленіи вѣса тѣла и приростѣ жира. —соотвѣтственно этому должны быть опредѣлены составъ и количество пищи. На основаніи вышесказаннаго, можно видѣть, что для нѣкоторыхъ такихъ больныхъ голенъ методъ Mitschel-Playfair'a.

Но издержки и затрудненія, связанныя съ проведеніемъ этого леченія, настолько значительны, что въ большинствѣ случаевъ оно не можетъ быть примѣнено. Кромѣ того, послѣдствія этого приѣма въ такого рода случаяхъ не всегда удовлетворительны; по крайней мѣрѣ Burhardt объявляетъ, на основаніи своихъ опытовъ, что нѣкоторые случаи нервной диспепсін не пригодны для него.

Главное затрудненіе, съ которымъ мы имѣемъ дѣло, въ этихъ случаяхъ заключается не столько въ выборѣ пищи, сколько въ подвозѣ альбуминатовъ, жировъ и углеводовъ, особенно послѣднихъ двухъ, въ количествѣ, необходимомъ для цѣли, къ которой мы стремимся. По временамъ является необходимость прибѣгать при этомъ къ искусственнымъ препаратамъ, каковы легиминозные препараты, Коховскіе пептоны, равно какъ питающіе клистиры; послѣдніе употребляются въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ количества пищи, могущія быть введенными за одинъ разъ въ желудокъ, черезчуръ незначительны. II здѣсь также необходимо опредѣлить сначала количество альбуминатовъ, жира и углеводовъ, которое должно быть ежедневно усвоено, и затѣмъ вычислить соотвѣтственное количество пищи, которая должна быть принята, такъ какъ въ противномъ случаѣ можетъ случиться, какъ я это наблюдалъ, что, не смотря на умѣренно богатый подвозъ питательнаго матеріала, не послѣдуетъ никакого прироста въ вѣсѣ тѣла.

Въ числѣ задачъ, которыя мы преслѣдуемъ въ отношеніи діеты нервныхъ больныхъ, извѣстную роль играетъ также устраненіе тучности.

У нѣкоторыхъ нервныхъ больныхъ, особенно у больныхъ женскаго пола, на ряду съ выраженнымъ малокровіемъ, мы находимъ значительное обиліе жира, т. е. анемическую форму тучности. Мы знаемъ, что анемія прямо предрасполагаетъ къ тучности и соотвѣтственно этому видимъ, что у женщинъ часто, послѣ большихъ потерь крови, какъ, на примѣръ, послѣ родовъ или болѣзней, связанныхъ съ долгимъ пребываніемъ въ постели, по истеченіи короткаго времени, развивается значительная тучность, наступающая вмѣстѣ съ выраженными нейрастеническими явленіями и признаками слабости сердца.

Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, анемическая форма тучности развивается постепенно, подъ вліяніемъ неподходящаго питанія, недостаточнаго движенія и т. п. На этой почвѣ нейрастеническія и истерическія состоянія могутъ достигать высочайшаго развитія. Почти навѣрное можно сказать, что устраненіе ихъ не достижимо, если не будетъ устранена существующая общая аномалія питанія.

Я думаю, что долженъ отказаться здѣсь отъ рѣшенія вопроса, какой изъ методовъ леченія тучности, существующихъ въ настоящее время, наиболѣе пригоденъ въ подобныхъ случаяхъ, такъ какъ это потребовало бы изложенія преимуществъ и недостатковъ отдѣльныхъ методовъ и отвлекло бы насъ далеко отъ нашей темы. Я принужденъ удовольствоваться указаніемъ точекъ зрѣнія, заслуживающихъ въ этихъ случаяхъ особеннаго вниманія, судя по моимъ опытамъ. У такихъ больныхъ дѣло идетъ не только объ удаленіи избыточной жировой ткани, но также, и при томъ даже на первомъ планѣ, объ улучшеніи качества, геср. увеличенія количества крови.

Поэтому количество пищи въ общемъ не должно быть слишкомъ скудно. Вмѣстѣ съ богатымъ подвозомъ альбуминатовъ надо разрѣшить по крайней мѣрѣ столько жира и углеводовъ, чтобы подвозъ необходимаго количества бѣлка не влекъ за собою слишкомъ большихъ затрудненій. Лишеніе напитковъ не должно

\*

заходить такъ далеко, чтобы больные терпѣли жажду. Обычное количество питья непременно должно быть принято въ соображеніе. Далѣе должно быть соблюденo постепенное измѣненіе въ порядкѣ принятія пищи и особенно питья. Лечение требуетъ тщательнаго наблюденія и, при появленіи признаковъ общей или сердечной слабости, оно должно быть немедленно прервано.

Mitchel и Playfair ввели въ употребленіе, въ тяжелыхъ случаяхъ нейрастеніи и истеріи у анемически-тучныхъ особъ, молочную діету для редуцированія чрезмѣрнаго жира, какъ преддверіе къ леченію питаніемъ. По Playfair'у, пациентка должна лежать въ постели, пользоваться абсолютнымъ покоемъ и, втеченіе нѣсколькихъ дней, получать по 2 литра въ день снятаго молока, которое предлагается ей небольшими порціями. Затѣмъ слѣдуетъ постепенное уменьшеніе количества молока, до одного литра и менѣе на день.

При неисправности желудка и чрезмѣрной слабости, можно, вмѣсто молока, временно назначить немного хорошаго мяса, или хорошаго супа.

Когда скоро ежедневная порція молока уменьшена до литра и менѣе, вѣсъ тѣла больного падаетъ постепенно, приблизительно на  $\frac{1}{2}$  фунта въ день. Такая діета не должна продолжаться долѣе 2—3 недѣль. Playfair увѣряетъ, что это леченіе голодомъ, при полномъ тѣлесномъ покоѣ, не обуславливаетъ никакой непріятности или обремененія, и, будто бы, оно даже удивительно помогало въ случаяхъ, въ которыхъ онъ испытывалъ его. Но при этомъ необходимо внимательное наблюденіе за пациентомъ.

Я нисколько не сомнѣваюсь въ успѣхахъ, которыхъ достигли W. Mitchel и Playfair посредствомъ этого приема. Но это, по моему, окольный путь. Посредствомъ него, конечно, можно уменьшить количество жира, но не улучшить состояніе крови, или увеличить количество ея. Такого уменьшенія чрезмѣрнаго количества жира вмѣстѣ съ улучшеніемъ состоянія крови можно достигнуть лишь приличной діетой, при чемъ слѣдуетъ совершенно избѣгать риска вызвать опасное состояніе слабости, всегда связаннаго со способомъ Mitchel-Playfair'a.



Далѣ, я долженъ здѣсь упомянуть о нѣкоторыхъ опытахъ, по моему, очень достойныхъ вниманія. У нѣкоторыхъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ, нейрастениковъ, одержимыхъ не очень значительной тучностью, безъ анеміи и безъ особенныхъ непріятныхъ осложненій, діета, направленная на уменьшеніе вѣса ихъ тѣла, оказалась рѣшительно полезной и по отношенію къ имѣющимся у нихъ нервнымъ разстройствамъ. Лечение тучности, если позволительно такъ назвать этотъ пріемъ, во всѣхъ этихъ случаяхъ было очень умѣренное и ни коимъ образомъ не подвергало пациента лишеніямъ. Въ сущности, дѣло шло при этомъ объ уменьшеніи ранѣе употреблявшагося количества напитковъ, (спеціально пива) и извѣстномъ ограниченіи мучной пищи и жира. При такомъ режимѣ течение нѣсколькихъ мѣсяцевъ наступало очень значительное паденіе вѣса тѣла (12—16 фунтовъ) и, вмѣстѣ съ тѣмъ, улучшеніе нервного состоянія. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ было невозможно допустить какое либо измѣненіе въ образѣ жизни, въ другомъ отношеніи; однако и здѣсь, особенно въ одномъ случаѣ долго длившейся церебральной нейрастеніи, наступило настолько значительное облегченіе нервныхъ разстройствъ, что едва ли можно думать о простомъ совпаденіи.

Спрашивается, должны ли мы возставать въ каждомъ случаѣ нейрастеніи противъ тучности, если даже ея не обусловлены никакія разстройства? На этотъ вопросъ, по моему мнѣнію, слѣдуетъ отвѣтить, что если тучность зависитъ отъ обстоятельствъ, основанныхъ на образѣ питанія даннаго пациента, то рекомендуется всякій разъ устранять эти обстоятельства, т. е. назначить пациенту такую діету, которая-бы вела не къ дальнѣйшему увеличенію, а къ постепенному уменьшенію вѣса его тѣла; однако эта діета должна быть такого рода, чтобы пациентъ могъ продолжительно переносить ее безъ особаго затрудненія.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

## Вибліографія.

**Д. А. Дриль.** Малолѣтніе преступники. Психологія преступленія, 1888.

Въ послѣднее время все болѣе и болѣе появляется сочиненій, стоящихъ, по содержанію, на рубежѣ между медициной, преимущественно психіатріей, и юриспруденціей. Такія работы существуютъ и на рускомъ языкѣ и первое мѣсто между ними по справедливости, нужно отдать сочиненіямъ Д. А. Дриля. Его работы представляются на столько же серьезными, какъ и весьма интересными. На первомъ планѣ стоитъ его чрезвычайно объемистый трудъ „Малолѣтніе преступники“. Съ первымъ выпускомъ этого труда мы уже знакомы. Въ настоящій моментъ предъ нами лежитъ второй выпускъ этого почтеннаго сочиненія. Въ немъ излагается „Психологія преступленія“. Не смотря на довольно солидный объемъ этого выпуска, въ немъ разсматриваются только общіе вопросы по психологіи. Въ началѣ книги авторъ исповѣдывается: почему онъ останавливается на этой темѣ и почему онъ избралъ свой способъ изслѣдованія и доказательства. За симъ слѣдуетъ изложеніе соотносительнаго развитія различныхъ нервныхъ центровъ и его отраженія въ явленіяхъ психической жизни. Въ третьей главѣ авторъ излагаетъ ученіе о соединительныхъ нервныхъ путяхъ и ихъ роли въ явленіяхъ душевной жизни человѣка. Въ четвертой главѣ говорится о внѣшнихъ и внутреннихъ раздражителяхъ или стимулахъ и ихъ посредственномъ вліяніи на проявленіе души. Въ пятой главѣ излагается ученіе о чувствованіяхъ; измѣненія ихъ различныхъ тонацій и вліяніе этихъ измѣненій на явленія жизни души. Наконецъ въ шестой главѣ авторъ представляетъ ученіе о крови и ея кругооборотѣ въ организмѣ,—механизмѣ этого кругооборота, его особенностяхъ и ихъ вліяніи на явленія жизни души. Какъ всегда, и на этотъ разъ авторъ представляетъ доказательства чрезвычайно обширнаго, многосторонняго и добросовѣстнаго знакомства съ литературой. Авторъ вѣренъ себѣ также и въ простотѣ и ясности изложенія, равно какъ и въ нѣкоторомъ увлеченіи, характеризующемъ молодую и честную его душу.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. В. И. Добровольскій,** Видимъ ли мы предметы такими, какими они существуютъ въ природѣ? (Еженед. кл. газета, 2).

Вообще зрительныя впечатлѣнія, говоритъ авторъ, требуютъ большой проверки. Онѣ во многомъ зависятъ отъ навыка и опыта. Въ этой обстановкѣ вырабатываются зрительныя впечатлѣнія, начиная съ дѣтства; въ дѣтствѣ же зрительныя впечатлѣнія проверяются съ помощью другихъ органовъ чувствъ. Ежедневно мы убѣждаемся, что глазъ нашъ даетъ вѣрныя впечатлѣнія о формѣ, величинѣ, положеніи и разстояніи предметовъ, нами разсматриваемыхъ. Но эти впечатлѣнія несовершенны, такъ какъ онѣ зависятъ отъ опыта. Наблюденія надъ слѣпорожденными, вслѣдствіе катаракты, указываютъ, что такіе люди опознаютъ предметы путемъ осязанія; когда они получали зрѣніе, послѣ операціи катаракты, то зрѣніемъ они не могли опредѣлять формы и разстоянія предметовъ, раньше имъ извѣстныхъ, а только путемъ осязанія. Они не могли опредѣлять стола, стула, тарелки, а также и разстоянія двухъ стульевъ, поставленныхъ одинъ отъ другаго на разстояніи 3-хъ футовъ. Послѣднимъ обстоятельствомъ опровергается ученіе Декарта о прирожденности понятія формы предметовъ и пространства. Когда лицо, прозрѣвшее въ зрѣломъ возрастѣ, подводили къ окну (въ комнатѣ), то оно, при видѣ экипажа, проезжавшаго по улицѣ, отскакивало въ сторону, дабы экипажъ не задѣлъ его. Люди съ установившимся зрѣніемъ погрѣшаютъ въ разстояніяхъ; разстояніе для большихъ предметовъ они уменьшаютъ, а для малыхъ увеличиваютъ. Опытные глаза часто ошибаются въ опредѣленіи величины угловъ: прямой уголъ представляютъ то острымъ, то тупымъ. Разсмотрѣніемъ вопроса о зрительныхъ впечатлѣніяхъ занималась древняя греческая философія. Демокритъ и Эпикуръ доказывали полное соотвѣтствіе видимыхъ предметовъ съ зрительными впечатлѣніями. Аристотель, хотя признавалъ тождество видимыхъ предметовъ съ зрительными впечатлѣніями, но различалъ уже въ процессѣ образованія представленій 3 части: физическую, физиологическую и психическую. Наиболѣе это дѣло выяснилъ Кантъ въ своемъ произведеніи „Критика чистаго разума“. По Канту, зрительное впечатлѣніе зависитъ отъ двухъ условій: отъ дѣйствія видимаго предмета на органъ зрѣнія и отъ природы зрительно-нервнаго аппарата. Положенія Канта разработаны Мюллеромъ и подробно развиты Гельмгольцемъ. Для образованія впечатлѣнія при посредствѣ органа зрѣнія, отъ видимаго предмета, необходимо: а) чтобы лучи свѣта отъ ви́шняго предмета попали

въ нашъ глазъ и, пройдя глазныя среды, дали обратное изображеніе на сѣтчаткѣ,—это 1-я физическая сторона; б) лучи свѣта, доставившіе обратное изображеніе на сѣтчаткѣ, вызываютъ въ ней ощущение,—это 2-я фізіологическая сторона; с) ощущение, полученное на сѣтчаткѣ, по волокнамъ зрительнаго нерва передается мозгу, для образованія представленія,—это 3-я психическая сторона. Качество зрительныхъ ощущенийъ зависитъ отъ особенностей нервнаго аппарата, отъ извѣстнаго состоянія его въ данную минуту, а частію отъ особенностей внѣшнихъ раздражителей. Наши зрительныя представленія суть воздѣйствія видимыхъ предметовъ на нашъ зрительный нервный аппаратъ и на наше сознаніе. Всѣ зрительныя представленія носятъ на себѣ чисто субъективный характеръ; онѣ образуются въ мозгу и не имѣютъ никакого тождества съ видимыми предметами, онѣ не соотвѣтствуютъ имъ, не равны имъ. Но онѣ не ложны; мы имѣемъ возможность провѣрять ихъ органами другихъ чувствъ и при этомъ убѣждаться въ ихъ правильности; мы съ успѣхомъ пользуемся ими въ нашей жизни; сдѣланныя на основаніи ихъ заключенія оказываются вѣрными и подтверждаются опытомъ. Зрительныя представленія суть результатъ психической дѣятельности; онѣ образуются изъ ощущенийъ, которыя вызываются обратными изображеніями внѣшнихъ предметовъ на сѣтчаткѣ. Эти ощущения, съ точки зрѣнія автора, суть символы или условные знаки, предназначенные для распознаванія предметовъ. Эти условные знаки мы сначала заучиваемъ, учимся понимать ихъ значеніе, а впослѣдствіи пользуемся ими въ жизни и регулируемъ ими свои дѣйствія. Зрительныя ощущенія авторъ сравниваетъ съ буквами алфавита, они, какъ условные знаки, не имѣютъ для ребенка значенія; но съ теченіемъ времени ребенокъ составляетъ изъ нихъ отдѣльныя слова, а изъ послѣднихъ цѣлыя предложенія, съ которыми соединяетъ извѣстныя понятія и мысли; въ дальнѣйшемъ начинается чтеніе книгъ, которыя служатъ лучшимъ руководителемъ при различныхъ дѣйствіяхъ и источникомъ развитія. Подобно тому и зрительныя ощущенія, вначалѣ представляютъ массу таинственныхъ и непонятныхъ знаковъ, пока мы не заучимъ ихъ и не научимся распоряжаться ими такъ, какъ буквами знакомаго алфавита. Наблюденія надъ слѣпорожденными, получившими зрѣніе въ зрѣломъ возрастѣ, подтверждаютъ такое положеніе. Такія лица вначалѣ видятъ предметы, но не понимаютъ ихъ смысла и значенія; онѣ должны сначала за-

учивать предметы, подобно тому, какъ взрослый заучиваетъ вокабулы иностраннаго языка. Для болѣ легкаго заучиванія и пониманія условныхъ знаковъ необходимо: а) чтобы отъ однихъ и тѣхъ же предметовъ получались одни и тѣ-же условные знаки или ощущенія, б) отъ различныхъ же предметовъ—различные условные знаки. Однако чрезмѣрная сложность нашихъ условныхъ знаковъ (зрительныхъ ощущеній) приводитъ къ тому, что мы отъ одного предмета получаемъ различные ощущенія и представленія; это бываетъ, когда мы разсматриваемъ человека напр. спереди, сзади и съ боковъ; изображенія и ощущенія мѣняются въ зависимости отъ состоянія отъ насъ предмета. Отсюда и выходитъ, что мы получаемъ различные ощущенія отъ одинаковыхъ предметовъ и сходныя отъ различныхъ предметовъ, что ведетъ къ образованію ложныхъ представленій въ сознаніи. Весьма трудно бываетъ заучить и удержать въ памяти то огромное количество условныхъ знаковъ, какое доставляетъ намъ нашъ глазъ, хотя заучиваніе и продолжается всю жизнь. Предметы, всегда насъ окружающіе, болѣ удобны для заучиванія, нежели предметы далекіе, чѣмъ и объясняются частыя ошибочныя представленія о послѣднихъ. Авторъ не находитъ никакой необходимости или нужды въ томъ, чтобы существовала аналогія или тождество зрительныхъ представленій съ видимыми предметами, а также и въ томъ, чтобы слово, означающее предметъ или названіе предмета соотвѣтствовало самому предмету. Напротивъ, въ данномъ случаѣ важна общность пониманія предметовъ, на основаніи извѣстныхъ установленныхъ представленій. Такъ напр. если написать слово „человѣкъ“, то хотя между написаннымъ словомъ, звукомъ его выражающимъ и самымъ предметомъ нѣтъ никакого сходства, однако оно представляется общепонятнымъ. Разъясненіе вопроса, предложеннаго физиологами XVII и XVIII столѣтія,—почему мы видимъ предметы прямыми, когда получаемъ изображенія отъ нихъ на сѣтчаткѣ обратныя, авторъ совершенно обходитъ. Такого вопроса прежніе физиологи не возбудили бы, если бы имѣли современныя свѣдѣнія объ актѣ зрѣнія. Имѣя въ виду то, что ощущенія, получаемыя на сѣтчаткѣ обратными изображеніями предметовъ, были отнесены къ условнымъ знакамъ и сравнены съ буквами алфавита, все равно — какой родъ условныхъ знаковъ данъ для того, чтобы различать и узнавать предметы. Здѣсь важно только, чтобы условные знаки представляли собою до-

статочню різнообразну і правильно устроену систему; а будуть ли изображенія на сѣтчаткѣ прямія или обратнія, будуть ли буквы писані такъ или вверхъ ногами, это не имѣетъ значенія. Система условныхъ знаковь, данная въ видѣ зрительныхъ ощущеній, отличается отъ условной системы алфавитныхъ знаковь и звуковыхъ выраженій тѣмъ, что она опредѣлена природою и устройствомъ глаза, и не можетъ мѣняться по произволу, какъ буквы алфавита, звуковыя выраженія или наименованія предметовъ. Зрительныя представленія авторъ называетъ правильными только въ практическомъ отношеніи, а не въ абсолютномъ; внѣ пракческаго употребленія онѣ представляютъ массу таинственныхъ іероглифовъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ръ П. Я. Розенбахъ.** Основы діагностики нервныхъ болѣзней.

Русская медицинская литература по отдѣламъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней довольно богата какъ оригинальными, такъ и переводными сочиненіями. Но и при всемъ этомъ, трудъ д-ра Розенбаха является совершенно умістнымъ и полезнымъ. Нѣтъ сомнѣній, что всякое слово науки желателно и полезно; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно является особенно умістнымъ. Такъ это случилось и съ руководствомъ автора. Дѣло въ томъ, что отдѣлъ нервныхъ болѣзней въ русской литературѣ, по отношенію къ руководствамъ,—нѣсколько устарѣлъ. Новѣйшая книга Möbius'a почему-то не особенно широко у насъ распространяется. Нужно было появленіе чего-нибудь освѣжающаго и такимъ трудомъ является книга д-ра Розенбаха. Она заключаетъ въ себѣ изложеніе анатомическаго строенія нервной системы,—отправленія той-же системы и симптоматологіи съ діагностикой. При изложеніи послѣдняго отдѣла, авторъ держится такого порядка: чувствительная сфера, рефлекторная сторона, двигательная сфера, трофическія расстройства, расстройства рѣчи и расстройства сознанія. Въ книгѣ заключаются всѣ новѣйшія данныя по всѣмъ отдѣламъ. Очень желаемъ быстраго распространенія книги въ медицинскомъ обществѣ.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ Л. Рагозинъ,** Призрѣніе и леченіе душевно-больныхъ въ Россіи. (Вѣстникъ судебной медицины и общественной гігіены, т. 4, 1887 г.).

Констатируя фактъ большого количества въ нашемъ отечествѣ душевно-больныхъ, изъ которыхъ огромное большинство (болѣе 56 тысячъ) остается безъ призора и надлежащаго ухода, авторъ признаетъ призрѣніе душевно-больныхъ дѣломъ

государственнымъ, въ которомъ земство можетъ участвовать не болѣе, какъ и въ остальныхъ мѣропріятіяхъ, обусловленныхъ государственными нуждами; дѣломъ, справиться съ которымъ одному земству, безъ помощи центральной власти, не подѣ силу. Исходя изъ такого положенія, авторъ видитъ спасеніе въ устройствѣ обширныхъ правительственныхъ учреждений, главнымъ образомъ, для неизлечимыхъ больныхъ, съ такой организаціей, при которой стоимость содержанія больныхъ, при рациональномъ уходѣ за ними и ихъ леченіи, была бы доведена до наинизшей цифры, путемъ привлеченія больныхъ къ работамъ и вообще надлежащаго устройства внутренняго быта. Земства за извѣстную, опредѣленную, плату, могли-бы помѣщать неопредѣленное число больныхъ въ подобныя учрежденія. Слабый намекъ на такой типъ учреждений представляетъ теперь окружная лечебница въ Казани, гдѣ въ настоящее время находятся всѣ больные, бывшіе на призрѣніи Казанскаго земства; этому примѣру послѣдовало и Вологодское земство, возбуждившее ходатайство о сдачѣ своихъ больныхъ на тѣхъ же основаніяхъ; подвинуть дѣло въ томъ же направленіи и въ другихъ земствахъ—составляетъ цѣль реферируемой статьи.

*А. П. Драгомановъ.*

**Д-ръ С. Вѣляковъ,** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной нервной системы при старческомъ слабоуміи.

Предварительно изложенія своихъ изслѣдованій по поставленному вопросу, авторъ рассматриваетъ тѣ явленія органической и духовной жизни, которыми характеризуется старческій возрастъ. Уже съ 50—60 лѣтъ начинается увяданіе жизнедѣятельности человѣческаго организма, обусловленное атрофическими явленіями въ самыхъ органахъ. Являясь у обыкновенныхъ стариковъ какъ нормальное состояніе, тѣ-же клиническія и анатомическія измѣненія являются и въ болѣзненной формѣ старческаго возраста, извѣстной подъ именемъ старческаго слабоумія. Авторъ подробно излагаетъ клиническую картину dementia senilis, на основаніи литературныхъ данныхъ, рассматривая все по областямъ. Послѣ этого авторъ излагаетъ тѣ данныя, которыя были извѣстны до сихъ поръ, о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ старческомъ возрастѣ. Наконецъ, авторъ представляетъ пять исторій болѣзни съ протоколами вскрытій, объекты которыхъ были изслѣдованы авторомъ и послужили для его личныхъ выводовъ. Въ общемъ патолого-анатомическія измѣненія состояли въ слѣдующемъ: кости черепа въ однихъ мѣстахъ склерозированны

и утолщены, въ другихъ, наоборотъ, представляютъ утонченія, одностороннія или съ обѣихъ сторонъ. Дірлоѣ въ большинствѣ совершенно отсутствовало. На внутренней поверхности черепныхъ костей артеріальныя бороздки довольно глубоки. Мозговья оболочки часто на значительномъ пространствѣ сращены, какъ со сводомъ черепа, такъ и между собою; вообще онѣ утолщены, плотны, съ обширными помутнѣніями, рѣзче выраженными по ходу сосудовъ, особенно въ лобныхъ и теменныхъ доляхъ, въ области fossae Sylvii и височной. По направленію fissurae longitudinalis вообще замѣчено огромное развитіе пахіоновыхъ грануляцій. Мелкіе сосуды мягкой оболочки очень извилисты; сосуды основанія мозга въ высокой степени атероматозны и склерозированны. По наружному виду извилины представляются узкими, уплощенными, поверхность ихъ мѣстами морщиниста, борозды между ними расширены и менѣе обыкновеннаго глубоки. Наиболѣе глубоки атрофическія измѣненія констатированны въ лобныхъ доляхъ и психомоторной области. Количество субъарахноидальной жидкости было болѣе нормальнаго. Желудочки расширены и наполнены серозной жидкостью. Въ plexus choroideus находились кисты. Сѣрое вещество мозговыхъ узловъ пигментировано болѣе нормальнаго. Вѣсь головного мозга несомнѣнно уменьшонъ. Тѣ-же измѣненія наблюдались и въ оболочкахъ спинного мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи получилось: субъадвентицеальныя пространства расширены и содержали въ себѣ жиръ, ценный пигментъ и форменные элементы крови. Стѣнки сосудовъ утолщены въ такой мѣрѣ, что просвѣтъ нѣкоторыхъ изъ нихъ обнаруживалъ значительныя степени суженія. Иногда въ сосудахъ наблюдались также и расширенія и аневризмы. Во всѣхъ случаяхъ сосудистыя оболочки подвергались въ большей или меньшей степени жировому перерожденію. Одновременно съ жиромъ, въ стѣнкахъ сосудовъ наблюдался также и темно-желтоватый пигментъ. Въ окружности сосудовъ попадались часто красные или бѣлые кровяные шарики, разсѣянные то по направленію ихъ, то-же разсѣянные въ мозговой ткани. Въ нервныхъ клѣткахъ очень значительныя измѣненія: слои нервныхъ клѣтокъ нерѣзко отграничены другъ отъ друга, особенно пирамидальный и зернистый. При этомъ многія клѣтки рѣзко измѣнены, протоплазма потеряла свой обычный исчерченный видъ и представляется наполненной желтовато-бураго цвѣта зернышками; рядомъ съ пигментомъ наблюдается и жиръ. Кромѣ этого, тѣло клѣтокъ представляется пороз-



нимъ, протоплазма разрѣжена; по краямъ клѣтокъ потери вещества въ видѣ узуръ. Углы пирамидальныхъ клѣтокъ становятся болѣе широкими, почему клѣтка закругляется. Въ иныхъ случаяхъ клѣтки представляются неправильными комками, окруженными громадными перичеллюлярными пространствами. Разрушеніе ядра наступаетъ слишкомъ поздно. Отростки клѣтокъ изъѣдены, укорочены, а иногда совсѣмъ отсутствуютъ. Перичеллюлярныя пространства всюду чрезвычайно велики. Нервные волокна подвергаются аналогичной жировой дегенерациі. Какъ въ корѣ, такъ и въ бѣломъ веществѣ наблюдается значительное количество круглыхъ зернистыхъ тѣлъ. Нейроглія сильно измѣнена. На однихъ мѣстахъ она кажется до того разрѣженной, нѣжной и прозрачной, что самое существованіе ея можно отрицать,—въ другихъ мѣстахъ она мутновата. Какъ въ сѣромъ, такъ и въ бѣломъ веществѣ замѣчается довольно значительное количество клѣтокъ закругленной и овальной формы, бывшихъ прежде паукообразной или звѣздчатой формы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ встрѣчаются амилоидныя тѣла. Почти такія же измѣненія встрѣчаются и въ остальныхъ частяхъ нервной системы, хотя значительно слабѣе выраженные. Работа обнаруживаетъ въ авторѣ очень добросовѣстное отношеніе къ дѣлу и вноситъ частицу знаній въ вопросъ мало до сихъ поръ разработанный.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ Л. С. Ишноръ,** Къ вопросу о пьянствѣ и его леченіи въ специальныхъ заведеніяхъ для пьяницъ.

Авторъ представилъ докладъ по этому вопросу въ первый сѣздъ русскихъ психіатровъ. Хотя этотъ докладъ былъ оставленъ очень дѣльно и толково, тѣмъ не менѣе краткость времени сообщенія автора не позволила ему изложить всѣ его доводы въ полнотѣ. Въ настоящій моментъ эта работа автора явилась въ полнотѣ и мы позволяемъ себѣ передать ея содержаніе. Разсмотрѣвъ пьянство во всѣхъ его видахъ и установивши вопросъ, что пьянство есть болѣзнь, авторъ отводитъ значительное мѣсто вопросамъ о социальномъ значеніи и этиологическихъ моментахъ пьянства. Послѣ этого онъ переходитъ къ вопросу о леченіи пьяницъ въ специальныхъ заведеніяхъ. При этомъ является первая трудность—какъ помѣстить пьяницу—человѣка, непризнаннаго еще правоспособнымъ—въ лечебное заведеніе и при томъ на продолжительный срокъ? Авторъ полагаетъ, что это будетъ возможно только въ такомъ случаѣ, если правительство узаконитъ актъ изо-

ляціи пьяницъ. Обращаясь къ русскому законодательству о пьянствѣ, авторъ находитъ, что оно сдѣлало слишкомъ не много. Въ силу одной статьи „пьянство запрещается всѣмъ и каждому“,— въ силу другой статьи — пьянство наказуется только тогда, когда пьяница становится опаснымъ для общества; принимая же во вниманіе совершенно безпрепятственное обращеніе яда въ государствѣ, можно сказать, что законныхъ мѣръ противъ пьянства въ медицинскомъ смыслѣ слова не существуютъ. Что касается законодательствъ вообще, то они очень строги по отношенію къ пьяницамъ, какъ нарушителямъ общественной безопасности. При этомъ, однако, преслѣдуется одна только сторона—общественная безопасность,—и игнорируется другая—самая личность. Въ послѣднемъ отношеніи законодательство предоставляетъ пьяницу самому себѣ. Но и вторая сторона—наказаніе пьяницы за нарушеніе общественныхъ интересовъ — тоже не достигаетъ цѣли, такъ какъ наказаніе въ данномъ случаѣ не ведетъ къ исправленію. Помѣщеніе пьяницъ въ дома для умалишенныхъ авторъ не считаетъ возможнымъ, такъ какъ оно будетъ не полезно для пьяницъ и вредно для психопатовъ. Лечение психопатовъ требуетъ примѣненія свободы въ самомъ широкомъ смыслѣ слова,—лечение пьяницъ требуетъ примѣненія строгихъ мѣръ стѣсненія, — начала совершенно не совмѣстимы въ одномъ и томъ же учрежденіи. Наисовершеннѣйше дѣло леченія пьяницъ устроено въ Америкѣ. Въ основу его положено мнѣніе, что „пьянство есть болѣзнь“, — слѣдовательно его нужно лечить. Съ этой цѣлью учреждено нѣсколько лечебницъ для пьяницъ, преимущественно на правительственный счетъ. Лица, замѣченныя въ привычномъ пьянствѣ, засаживаются въ такія лечебницы срокомъ отъ 6 до 12 и болѣе мѣсяцевъ. Поступающіе въ это учрежденіе добровольно даютъ подписку въ томъ, что они будутъ находиться въ такихъ учрежденіяхъ столько времени, сколько найдетъ необходимымъ директоръ учрежденія. Заведенія управляются очень строгими законами, при чемъ всѣ больные занимаются работами. Заработокъ идетъ частью на содержаніе учрежденія, а частью на содержаніе семьи. Эти лечебницы въ Америкѣ существуютъ уже нѣсколько лѣтъ и вполне оправдали свое назначеніе. Въ послѣднее время они учреждаются въ Австраліи, Англіи, Германіи и Швейцаріи. Авторъ рекомендуетъ подобныя же учрежденія для пьяницъ и у насъ въ Россіи.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ П. А. Архангельскій.** Отчетъ по осмотру Русскихъ психіатрическихъ заведеній, произведенному по порученію Московскаго губернскаго земскаго санитарнаго совѣта.

Авторъ, въ довольно объемистой книгѣ, представляетъ описаніе четырнадцати домовъ умалишенныхъ, сдѣланное имъ по порученію Московскаго санитарнаго совѣта. Онъ посѣтилъ слѣдующіе дома умалишенныхъ: Тверской, Новгородскій, Саратовскій, Тамбовскій, Рязанскій, Тульскій, Харьковскій, Полтавскій, Херсонскій, Таврическій, Казанскую Окружную лечебницу и Казанскій земскій домъ умалишенныхъ, Преображенскую больницу въ Москвѣ и домъ призрѣнія душевно-больныхъ, учрежденный Его Величествомъ, Государемъ Императоромъ. Во всѣхъ этихъ заведеніяхъ авторъ провелъ достаточное время и представляетъ очень тщательное и добросовѣстное описаніе какъ расположенія заведеній, такъ и внутренняго распорядка. Рядомъ съ описаніемъ, авторъ представляетъ также и чертежи. Во всемъ отношеніи къ дѣлу виденъ честно исполняющій свои обязанности врачъ, хотя по нѣкоторымъ приемамъ замѣтно, что едва-ли авторъ специалистъ въ области практической психопатологіи. Заключение автора объ успѣхахъ земствъ въ дѣлѣ устройства домовъ умалишенныхъ, едва-ли вполне справедливо, на основаніи осмотра земскихъ одиннадцати домовъ умалишенныхъ, да еще почти всѣхъ образцовыхъ. Трудъ автора снабженъ многими статистическими таблицами.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ръ Гольденгорнъ.** Случай *mergicism'a* aut *ruminatiois*. Русская Медицина, № 4.

Авторъ описываетъ случай *mergicism'a* состоящій въ томъ, что больной всякій разъ послѣ принятія пищи отрыгаль ее обратно. Такимъ образомъ пища путешествовала изо рта въ желудокъ и обратно, пока она не становилась кислую и не выплевывалась. Рядомъ съ этимъ у больного была сильная нервная раздражимость, головныя боли, дурное настроеніе духа и *impotentia coeundi*. Больному 22 года; 16-ти лѣтъ онъ женился и въ теченіи первыхъ трехъ лѣтъ онъ имѣлъ сношенія съ женою по 2—3 раза ежедневно, каковую неумѣренность авторъ и считаетъ за причину *mergicism'a*. Сущность же болѣзни авторъ предполагаетъ въ двигательномъ нейрозѣ желудка.

*Я. А. Давидовъ.*

**А. А. Селицкий.** Отраженные невроты, вызывающіеся страданіями носа. Труды Общества военныхъ врачей въ Москвѣ 1887 г., протоколъ 6 засѣданія.

Сообщеніе А. А. С. заключаетъ въ себѣ 10 случаевъ наблюдаемой имъ интересной зависимости нѣкоторыхъ отраженныхъ невротовъ отъ заболѣваній слизистой оболочки носовыхъ полостей. Описываемые авторомъ больные—различныхъ половъ и возрастовъ—страдали астматическими приступами, болѣе или менѣе частыми и сильными, приступами головной боли, очень сильной степени гемикраніи, при чемъ въ одномъ случаѣ появленіе ея какъ бы имѣло связь съ менструальнымъ періодомъ,—супраорбитальной нейралгіи, частыми и глубокими обмороками и непрерывнымъ сильнымъ кашлемъ. Во всѣхъ этихъ 10 случаяхъ авторъ обращалъ вниманіе на состояніе слизистой оболочки носовой полости и почти всегда находилъ пораженіе ея, либо въ видѣ простого хроническаго катарра, либо въ видѣ язвеннаго процесса, либо онъ находилъ полипы въ носовой полости; только въ одномъ случаѣ одышка съ ощущеніемъ сжатія въ горлѣ зависѣла, повидимому, отъ пораженія глотки (*pharyngitis lateralis Hering'a*). Направляя все леченіе исключительно на это мѣстное пораженіе, онъ достигалъ почти во всѣхъ случаяхъ блестящихъ результатовъ: невроты совершенно исчезали, или же значительно уменьшались. — Въ нѣкоторыхъ изъ описываемыхъ случаевъ зависимость невроза отъ мѣстнаго пораженія слизистой оболочки носовой полости была очевидна уже изъ того, что раздраженіе ея во время изслѣдованія носовымъ зеркаломъ, вызывало непосредственно приступъ невроза. Въ сообщеніи своемъ авторъ приводитъ въ хронологическомъ порядкѣ нѣкоторыя литературныя данныя, касающіяся разработки рассматриваемаго вопроса. Онъ не вполне соглашается съ мнѣніемъ Monti, Lublinsk'аго и Boicker'a, что отраженные невроты, сопровождающіе заболѣваніе слизистой оболочки носа, зѣва и носоглоточнаго пространства, объясняются рефлексомъ, распространяющимся чрезъ n. trigeminus на nn. vagus и sympathicus, т. е. что происхожденіе невротовъ исключительно зависитъ отъ существованія анатомическихъ нервныхъ соотношеній; онъ полагаетъ, что и содержаніе крови въ сосудахъ измѣненной слизистой оболочки также должно имѣть значеніе. Такъ какъ кровообращеніе въ носовой полости находится въ непосредственной связи съ кровообращеніемъ въ полости черепа, то, по мнѣнію автора, качество вдыхаемаго воздуха, его влажность, темпера-

тура, вредныя примѣси, а также барометрическія условія могутъ косвенно являться возбудителями того или другого рефлекторнаго нейроза. Приводя исторіи своихъ случаевъ, А. А. С-замѣчаетъ, что они не могутъ ни въ какомъ отношеніи дополнить вполнѣ законченныхъ наблюденій авторовъ, ранѣе его работавшихъ по этому вопросу, а имѣютъ лишь ограниченную цѣль указать на существованіе въ человѣческомъ организмѣ сложныхъ, быть можетъ, вазомоторныхъ механизмовъ, значеніе которыхъ не уменьшается, отъ какой бы причины ни происходила болѣзнь. Не всегда однако полипы и другія страданія носа вызываютъ отраженныя явленія. Положеніе это, высказанное уже Наск'омъ, авторъ подтверждаетъ также двумя случаями, встрѣтившимися въ его практикѣ.

*Н. И. Мухинъ.*

**Д-ръ Р. Л. Синайскій.** Случай эклампсін родильницы и новорожденнаго, Русская Медицина, № 1.

Авторъ описываетъ случай эклампсін, развившейся во время родовъ. Черезъ два часа послѣ родовъ такая же эклампсія развилась и у ребенка. Мать и ребенокъ вскорѣ скончались.

*Я. А. Давидовъ.*

**Prof. Giovanni.** О замѣчательныхъ галлюцинаторныхъ явленіяхъ у одвой нервной личности (Sopra im singolare fenomeno allucinatorio presentato da una nevrosica, Rivista sperimentale di freniatria, 1887, XII).

Авторъ описываетъ очень интересный случай галлюцинацій. Дѣло идетъ объ одной нервной, истеро-эпилептической, больной, болѣзнь которой сопровождалась расстройствами въ чувствительной, двигательной и трофической областяхъ. Эта больная, въ вполнѣ сознательномъ состояніи, имѣла галлюцинаціи, которыя отличались рѣдкими особенностями. Именно: всякое, совершаемое ею тѣми или другими мускулами движеніе, отражалось и на видимыхъ ею видѣніяхъ, — такъ: двигала она нѣкоторыми мускулами лица, — тоже дѣлали и галлюцинируемыя фигуры, — открывала и закрывала ротъ, — тоже дѣлали и фигуры и т. д. Явленіе очень рѣдкое и въ высокой степени интересное, хотя чрезвычайно затруднительное для объясненія. Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ происходятъ явленія автовнушенія въ совершенно бодрственномъ состояніи.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dtt. Vito Lembo**, *Paraclonus multiplex di Friedreich*, *Giornale di Neuropatologia*, An. V, F. IV).

Авторъ описываетъ новый случай *paraclonus multiplex*. Рѣчь идетъ о больномъ, отецъ котораго умеръ на 86 году жизни и никакихъ нервныхъ разстройствъ не обнаруживалъ,—мать умерла отъ какой-то внутренней болѣзни. Психопатологической наслѣдственности или семейнаго расположенія къ психозамъ и неврозамъ въ данномъ случаѣ не обнаруживается. Больному 30 лѣтъ, въ теченіи жизни злоупотреблялъ въ половыхъ сношеніяхъ, а также и относительно спиртныхъ напитковъ. Имѣлъ шанкръ и бубонъ. Ближайшею причиною болѣзни считаетъ ревматическое пораженіе. Характеръ параміоклонуса былъ обычный. При этомъ идиомускулярная сократительность была повышена, мускульная сила нормальна, координація движеній правильная, органы чувствъ безъ особенныхъ пораженій, сухожильные рефлексы нѣсколько повышены. *П. И. Ковалевскій.*

**Dtt. Bernardini**, Гипертрофія мозга и идіотизмъ (*Iperetrofia cerebrale e idiotismo*, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1887).

Авторъ описываетъ случай идіотизма, по вскрытіи котораго мозгъ оказался гипертрофированнымъ. Больной представлялъ крайнюю степень идіотизма, даже безъ способности рѣчи. Тѣмъ не менѣе онъ обнаруживалъ отъ времени до времени приступы безпричиннаго возбужденія. На 25 году жизни онъ умеръ отъ воспаленія кишечника. Вскрытіе дало: значительный гиперостозъ черепа, *rachymeningitis externa*, *meningitis chronica* и *hypertrophia cerebri*. Вѣсъ мозга 1755 gr. Продольно-поперечный показатель черепа 91. Макроскопическое изслѣдованіе не дало особенныхъ отклоненій отъ нормы. Микроскопическія изслѣдованія дали сильное разрастаніе пограничнаго слоя нейроглии мозговой корки. При этомъ наблюдалось какъ увеличеніе, такъ и уничтоженіе клѣтокъ нейроглии; слой же узловыхъ клѣтокъ, напротивъ, былъ слишкомъ узокъ. Узловые клѣтки уменьшены количественно,—равно какъ и размѣры ихъ тоже были значительно меньше. Протоплазма клѣтокъ была гранулирована и пигментирована почти до  $\frac{3}{4}$  всего содержимаго. Всѣ отростки были очень тонкіе и хилые. Осевоі отростокъ можно было прослѣдить только на короткомъ разстояніи. Интересно также отношеніе пирамидальныхъ клѣтокъ: нѣкоторыя изъ нихъ вмѣсто того, чтобы своей пирамидальной верхушкой быть обращенными вверхъ,—напротивъ, ею были обращены внизъ. Стѣнки сосудовъ мозговой корки

были жирно-дегенерированны. Лимфатическія пространства были растянуты и переполнены кровяными тѣльцами.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Feletti.** Случай paramyoclonus multiplex. (Un caso di Paramyocloni fibrillare multiplo, Giornale di Neuropatologia, 1887, T. V и VI.

Авторъ описываетъ случай фибриллярнаго paramyoclonus multiplex у одного больного 51 года отъ роду. О родителяхъ этого больного ничего неизвѣстно положительнаго. На 15 и 36 годахъ жизни онъ имѣлъ два потрясенія, при чемъ въ послѣдній разъ было головокруженіе съ безсознательнымъ состояніемъ. Настоящая болѣзнь началась еще съ 1883 года. Отличительной чертой даннаго случая было то, что клоническія его судорги имѣли фибриллярный характеръ. Рядомъ съ этимъ были другія аномаліи: вслѣдствіе давнишняго катарра полости носа, — повышеніе чувствительности, повышеніе кожныхъ рефлексовъ и повышеніе сухожильныхъ пателлярныхъ рефлексовъ специально на правой сторонѣ.

*П. И. Ковалевскій.*

**D-r Vetault.** Судебно-медицинскій этюдъ объ алкоголизмѣ. (Etude medico-légale sur l'alcoolisme, 1887).

Въ случаяхъ преступленій, совершенныхъ за нѣсколько дней до наступленія delirium tremens и гдѣ можно думать, что delirium tremens явился какъ результатъ нравственнаго потрясенія, депрессіи и проч., авторъ считаетъ преступника вполне вѣняемымъ и отвѣтственнымъ. Пьянство съ цѣлью побужденія къ преступленію, или, точнѣе, совершаемое для храбрости, не только не служитъ мотивомъ ослабляющимъ вину преступника, а, напротивъ, усиливающимъ ее. Преступленіе, совершенное въ состояніи опьяненія, хотя бы оно при этомъ явилось совершенно случайно, авторъ считаетъ вѣняемымъ. Отвѣтственность отсутствуетъ въ періоды острыхъ припадковъ алкоголизма; въ случаяхъ хроническаго алкоголизма отвѣтственность отсутствуетъ или въ приступахъ обострѣній, или въ случаяхъ, когда болѣзнь выразилась органическими расстройствами. Отвѣтственность уменьшается, если опьяненіе падаетъ на мозги инвалидные; точно также и при случайныхъ опьяненіяхъ у людей здоровыхъ. Въ своихъ доводахъ авторъ не всегда бываетъ основателенъ.

*П. И. Ковалевскій.*

\*

**Dr Bourneville et Sellier**, Аномаліи половых органовъ у идіотовъ и эпилептиковъ (*Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques*, *Le Progrès Medical*, № 7).

Авторы, изслѣдовавшіе эту область у очень многихъ идіотовъ и эпилептиковъ, приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: идіоты и эпилептики представляютъ очень частыя аномаліи въ области генитальной системы, въ сравненіи съ людьми здоровыми. Эпилептики, ставшіе таковыми уже въ дальнѣйшемъ возрастѣ и успѣвшіе до того достаточно развиться, представляютъ въ этомъ отношеніи несравненно меньше аномалій,—повидимому, ихъ половая дѣеспособность, къ несчастью, также меньше понижена, сравнительно съ настоящими идіотами, если судить объ этомъ на основаніи случаевъ криптоорхидіи. Атрофія *testiculorum* одинаково часто какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ, хотя на лѣвой нѣсколько чаще, чѣмъ подтверждаются мнѣнія другихъ авторовъ. Физическая и интеллектуальная дегенерація у эпилептиковъ несомнѣнно имѣетъ влияніе на развитіе *vaгіcosoele*, потому что идіоты безъ эпилепсіи почти не обнаруживаютъ этихъ явленій. Когда эпилепсія появляется у ребенка въ самомъ началѣ его жизни, то она производитъ несравненно глубочайшія явленія, именно—остановку развитія во всемъ организмѣ; если же она является въ отрочествѣ, то остановка развитія, обнаруживающаяся также во всѣхъ областяхъ организма, особенно рѣзко выражается въ генитальной системѣ. Идіоты, съ эпилепсіей или безъ оной, часто представляютъ особенную форму полового органа въ видѣ языка у колокольчика, или обрубка и эта форма не обязана своимъ особеннымъ развитіемъ мастурбаціи, потому что навѣрное извѣстно, что эти лица не занимались онанизмомъ.

*П. И. Ковалевскій.*

**D-r Bourneville et Pilliet**. Два случая двойного атетоза съ тупоуміемъ. (*Deux cas d'athétose double avec imbécillité*, *Archive de neurologie*, № 42).

Авторы публикуютъ два весьма интересныхъ случая двойного атетоза. Мы приведемъ вкратцѣ одинъ случай. Это были два брата. Отецъ больного N. былъ кучеромъ, не курилъ и не пилъ, имѣлъ ревматизмъ. Мать здоровая женщина. Въ семьѣ больного было 8 душъ братьевъ и сестеръ. Первый ребенокъ былъ мертворожденный,—второй умеръ 3-хъ лѣтъ отъ холеры съ конвульсіями,—третій нашъ больной,—четвертый въ дѣтствѣ имѣлъ конвульсіи,—пятый и шестой не имѣли ничего особеннаго,—седьмая—дочь—здоровая,—восьмой имѣетъ припадки. У больного



явилося трясеніє въ рукахъ еще отъ рожденія. У матери, за три недѣли до рожденія нашего больного, явилась дрожь, которая прекратилась съ рожденіемъ нашего больного, или, какъ выражаются родные, онъ ее отнялъ отъ матери. До пяти лѣтъ онъ не ходилъ. Съ двухъ лѣтъ онъ началъ говорить, но съ заиканьемъ. Въ теченіи всей жизни у него было тупоуміе. Будучи взрослымъ, онъ могъ прямо держаться, но ходилъ изгиба-ясь и часто падалъ. Всѣ движенія верхнихъ конечностей совершаются толчками. Движенія пальцевъ обѣихъ рукъ атетотичны, при чемъ онъ предпочитаетъ работать лѣвой рукой. Голосъ гнусливый и глухой; губы ритмически дрожатъ и рѣчь прерывистая. Чувствительность сохранена на всемъ тѣлѣ.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Charcot.** Истерія и сифилисъ. (*Hystérie et syphilis, Le Progrès medical, 1887, № 51*).

Всякій случай истеріи, будетъ ли это сатурнический, или меркуріальный и проч. будетъ, по существу, все таки истеріей. Если въ чемъ будетъ между этими случаями разница, то только въ локализациі симптомовъ. Тоже можно сказать и объ истеріи, являющейся у люэтиковъ. Авторъ демонстрировалъ на лекціи случай, который на первый разъ представлялся люэсомъ, при тщательномъ—же анализѣ оказался случаемъ истеріи. Дѣло только въ томъ, что истерія, являясь на почвѣ люэса, приняла на себя видъ люэса.

*С. И. Савѣтовъ.*

**Prof. Charcot.** Артралгія истеро-травматическая колѣна (*Artralgie hystero-traumatique du genou, Le Progrès medical, 1888, № 4*).

Авторъ, къ многочисленной опубликованной серіи случаевъ истеро-травматическихъ артралгій, присоединяетъ еще одинъ новый. По его мнѣнію, боли при артралгій—были чисто алгипсихического характера, которыя могутъ какъ моментально явиться, такъ моментально и исчезнуть. Для подобнаго исчезновенія авторъ рекомендуетъ, какъ лечебное средство, гипнотическое внушеніе. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ этотъ способъ непримѣнимъ, авторъ рекомендуетъ леченіе по способу леченія истеріи вообще.

*К. Н. Ковалевская.*

**Prof. Charcot.** Объ афазіи вообще и въ частности объ аграфіи. (*De l'aphasie en général et de l'agraphie en particulier, Le Progr. med., 1888, № 5*).

Авторъ описываетъ случай аграфіи, при чемъ останавливается на локализациі отдѣльныхъ центровъ для рѣчи и письма. Дальше онъ говоритъ, что путемъ звукового упраж-

ненія можно въ концѣ концовъ достигнуть того, что больной начнетъ поправляться въ области двигательныхъ органовъ рѣчи,—а при помощи упражненія въ исполненіи графическихъ изображеній знаковъ письма, можно мало по малу исправить звуковую рѣчь.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Pichon.** О множественномъ бредѣ и объ одновременной интоксикаціи различного происхожденія у одного и того же индивида. (*Les délires multiples et des Intoxications d'origine différente chez le même individu, L'encéphale, 1887.*)

Авторъ излагаетъ ученіе о возможности сосуществованія различныхъ свойствъ бреда у одного и того же субъекта. Прежде всего авторъ излагаетъ историческую часть. Прежніе авторы допускали возможность подобнаго сосуществованія бредовъ различного свойства, но они не обратили надлежащаго вниманія на сущность этого явленія. Гораздо тщательнѣе этотъ вопросъ уже разработанъ Laség'омъ, который описалъ сосуществованіе различныхъ видовъ бреда. Magnan описалъ комбинацію меланхоліи съ эпилепсіей и бредомъ преслѣдованія. Авторъ подъ множественнымъ бредомъ понимаетъ комбинацію бредовъ, не имѣющихъ между собою генетической связи. Такъ, эпилептикъ можетъ, вслѣдствіе пьянства, получить *delirium tremens* и одновременно съ этимъ имѣть задатки первичнаго помѣшательства. Всѣ эти три формы бреда могутъ существовать одновременно и, подъ вліяніемъ леченія, одинъ изъ этихъ бредовъ можетъ исчезнуть, другіе же остаться и продолжать существовать. *З. В. Гутниковъ.*

**Prof. Ball.** Пораженія при морфіоманіи. (*Des lésions de la morphomanie, L'encéphale, 1887, 6.*)

Авторъ, вскрывая трупъ морфіоманки, нашелъ слѣдующее: сердце представляло сильное ожирѣніе, мускулатура блѣдна и представляла начало жирового перерожденія,—aorta нѣсколько сужена. Микроскопическое изслѣдованіе головного, продолговатаго и спинного мозга не дало никакихъ измѣненій въ нервныхъ элементахъ,—развѣ только нѣкоторую степень прилива къ продолговатому мозгу. Значительно выраженный отекъ мозга. Въ печени наблюдалось начало жирового перерожденія клѣтокъ. Гораздо болѣе получилось данныхъ при химическомъ изслѣдованіи органовъ. Морфій былъ найденъ въ нервныхъ центрахъ, селезенкѣ и почкахъ,—особенно же много въ печени.—Больная умерла спустя 13 дней послѣ послѣдняго приѣма морфія. Такимъ образомъ морфій сохраняется въ органахъ

очень долгое время и может послужить причиною летального исхода, не смотря на то, что морфій въ это время уже не будетъ приниматься.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Ritti.** Случай этероманіи. (Un cas d'éthéromanie, Annal. medic. psych., 1888, 1).

Отецъ больной былъ пьяница и имѣлъ припадки апоплектиформные; мать была оригинальная и нервная женщина; одинъ братъ пьяница, другой съ удивительными умственными способностями, но взбаломотный человѣкъ. Больная изъ хорошаго общества, хорошо воспитанная. Имѣла истерію. Однажды ей было прописано лекарство съ эфиромъ, которое она сначала вдыхала умеренно, за тѣмъ до опьяненія. Мало по малу у нея сталъ измѣняться характеръ: она бросила дѣятельность, уединялась, стала подозрительной и даже покусилась на самоубійство, подозрѣвая въ родныхъ дурное къ себѣ отношеніе. Когда она не находилась подъ вліяніемъ эфира, то была въ состояніи депрессіи,—подъ вліяніемъ же эфира она развеселялась и пьянѣла. Для добыванія эфира она прибѣгала къ хитростямъ, переходя отъ аптеки къ аптекѣ.—Бывало и такъ, что она по цѣлымъ днямъ добывала эфиръ и ночью его вдыхала. Когда ей не давали денегъ, то она закладывала и продавала вещи и даже попрошайничала. *К. Н. Ковалевская.*

**D-r Lemoine.** О температурѣ въ отдѣльныхъ приступахъ эпилепсіи. (De la température dans les accès isolés d'épilepsie, Le Progr. medical, № 5).

По ученію d-r Bourneville, всякій приступъ эпилепсіи сопровождается поднятіемъ температуры между  $0,1^{\circ}$  и  $1,4^{\circ}$ . Авторъ изслѣдовалъ болѣе двухъ сотъ случаевъ эпилепсіи и приходитъ къ выводу, вопреки мнѣнію Witkovsk'аго, что всякій приступъ эпилепсіи дѣйствительно сопровождается поднятіемъ температуры. Температура изслѣдовалась во время припадковъ и два часа спустя. Повышенія колеблются между  $0,1^{\circ}$  и  $1,5^{\circ}$ ,—въ среднемъ поднятіе равняется  $0,7^{\circ}$ ,—очень рѣдко температура превышаетъ  $39^{\circ}$ . Случается, что въ періодъ стертора температура бываетъ довольно низкая  $36,6^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$  и на первый взглядъ кажется, что въ этомъ случаѣ температура какъ бы не повышается,—но, изслѣдуя температуру  $\frac{1}{4}$  и 2—часа позже, оказывается, что она падаетъ ниже указанной, слѣдовательно и эта низкая температура во время припадковъ оказывается повышенной у субъектовъ съ низкой температурой вообще. Каждый отдѣльный больной въ своихъ припадкахъ даетъ различное повышеніе, отличающееся отъ повышенія другихъ его при-

падковъ. Авторъ полагаетъ, что повышеніе температуры зависитъ именно отъ припадка, уже потому, что иногда  $\frac{1}{4}$  часа послѣ стертора температура падала на цѣлый градусъ. D-r Bourneville, какъ редакторъ, добавляетъ, что этотъ признакъ можетъ служить для отличія эпилепсін отъ симуляціи.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Seglas.** Случай сложной везаніи. (Un cas de véranie combinée, Annal. medico-psych. 1888, № 1).

Авторъ описываетъ случай комбинированія бреда преслѣдованія съ явленіями предсердечной тоски, при чемъ явленія послѣдней вполне какъ бы сливались съ явленіями перваго состоянія. Тоска являлась часто періодически.

*С. Н. Сомътовъ.*

**D-r Mathieu.** Случай дѣтской спазмодической гемиплегіи травматическаго происхожденія. (Un cas d'hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique, Le Progrès medical, 1888, 2).

Одной изъ частыхъ причинъ этого страданія считали инфекціонныя болѣзни, которыя, въ видѣ анатомическихъ остатковъ, оставляютъ по себѣ васкулярныя пораженія, служащія въ послѣдствіи исходной точкой склерозныхъ очаговъ въ кортикальной субстанціи и вторичной дегенераціи въ пирамидальныхъ пучкахъ. Авторъ описываетъ случай спазмодической гемиплегіи, послѣдовавшей за проникающей раной головы. Случай интересенъ тѣмъ, что въ немъ обнаружился атетозъ и отсутствовали явленія эпилепсін.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Mathieu.** Случай табетической діарреи (Un cas de diarrhée tabétique, Le Progrès medical, № 6).

Діаррея при tabes указана уже Charcot, Vulpian, Fournier, Pilers и др. Въ настоящей замѣткѣ авторъ описываетъ случай діарреи, продолжавшейся очень долгое время, явившейся послѣ приступа холеры и неуступавшей самому настойчивому и разнообразному леченію. Рядомъ съ этимъ у больного явились симптомы tabes dorsualis. Какъ діаррея, такъ и tabes длится около двадцати лѣтъ. Авторъ думаетъ, что въ данномъ случаѣ возможна общая этиологія для обоихъ заболѣваній.

*С. Н. Сомътовъ.*

**D-r Constans.** Директоръ, или директоръ-врачъ? (Directeurs ou directeurs-Medecins? Annal. medico-psychol., 1888, 1).

На основаніи закона 1838 г. во Франціи и теперь въ нѣкоторыхъ домахъ умалишенныхъ существуетъ дуализмъ власти: директоромъ лечебницы для душевно-больныхъ назнача-

ется не врачъ и утверждается министерствомъ, — затѣмъ туда же назначается главный врачъ, утверждаемый префектурой. Результатомъ этого дуализма бываетъ то, что директорами назначаются люди, совершенно неподготовленные къ этому посту, неимѣющіе понятія о больныхъ, лечебницахъ, медицинѣ, гигиенѣ и проч., — журналисты, комерсанты, отставные военные, полицейскіе и т. п. Съ другой стороны, въ такіе лечебницы соглашались поступать врачами только люди неопытные, незнающіе, что значить служить и подчиняться власти административнаго директора. Слѣдствіемъ такого двуцарствія бывало то, что директоръ заботится исключительно о соблюденіи бюджета, а врачъ о леченіи, — директоръ приказываетъ одно, — врачъ другое, а служащіе не дѣлаютъ ни того, ни другого. — Въ виду того, что во Франціи вводится новый законъ о душевныхъ больныхъ, авторъ рекомендуетъ теперь же принять мѣры противъ столь пагубнаго для здоровья больныхъ дуализма. Авторъ полагаетъ, какъ *conditio sine qua non*, что директоромъ лечебницы для душевно-больныхъ, какова бы она ни была, всегда долженъ быть врачъ психіатръ. Онъ ведетъ все дѣло и слѣдитъ за всѣмъ ходомъ машины, почему ежедневныя визитаціи больныхъ онъ не можетъ и не долженъ производить. Въ его вѣденіи должно быть два врача помощника: одинъ для мужского, а другой для женскаго отдѣленій. У каждаго изъ этихъ врачей должно быть достаточное количество ассистентовъ. Директоръ контролируетъ своихъ помощниковъ и консультируетъ съ ними. Разъ въ недѣлю директоръ созываетъ врачебный совѣтъ для обсужденія всѣхъ текущихъ вопросовъ медицинскаго или административнаго характера. Хозяйственная часть поручается управляющему, исполнѣ и непосредственно подчиненному директору. Къ вѣденію управляющаго относится также конторская и бухгалтерская части.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Crothers.** Нейрастенія какъ причина пьянства. (*The Alie-nist and Neurologist*, 1833).

Авторъ принимаетъ, какъ наиболѣе правильное опредѣленіе нейрастеніи, опредѣленіе, сдѣланное Hughes'омъ, — именно: нейрастенія или нейратрофія состоитъ въ общемъ разстройствѣ нормальнаго питанія въ связи съ продукціей энергіи нервныхъ центровъ и при томъ преимущественно высшихъ психическихъ. Симптомы, характеризующіе нейрастенію, сплошь и рядомъ предшествуютъ пьянству, отсюда авторъ полагаетъ, что нейрастенія нерѣдко служитъ почвою для возникновенія пьянства.

Сначала такіе люди пьютъ для того, чтобы поддержать ослабѣвающую энергію,—за тѣмъ уже на этой почвѣ развивается пьянство, дающее за сѣмъ пораженія органическаго характера. Выводы автора: 1) нейратрофія и нейрастенія составляютъ патологическія условія мозга и нервовъ, сильно предрасполагающія къ пьянству, подготовляя почву и порождая побужденія, развивающія пьянство изъ за самыхъ ничтожныхъ импульсовъ; 2) алкоголь, какъ средство противъ явленій нейратрофіи, является narcoticum, дѣйствующимъ очень соблазнительно, и вмѣстѣ съ тѣмъ, не уничтожая болѣзни, онъ усиливаетъ дегенерацію, съ которою онъ и призванъ бороться; 3) признаніе нейратрофіи активной причиной пьянства даетъ хорошее указаніе на прогнозъ и леченіе самаго пьянства; 4) пьянство и его леченіе не могутъ быть поняты, если не производятъ внимательнаго изученія каждаго отдѣльнаго случая,—изученіе это должно охватывать всю исторію этого субъекта до появленія его на свѣтъ и всѣ условія, могущія породить пьянство въ постнатальной жизни.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Crothers.** Наслѣдственность и пьянство (Inebriety and Hereditary, The Quarterly Journal of Inebriety, 1886, 2).

Разсматривая большое количество пьяницъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Пьянство есть членъ одной большой семьи, къ которой относятся: тупоуміе, чахотка, эпилепсія, идіотизмъ, параличъ, истерія, эклампсія и пр. Всѣ эти формы такъ тѣсно связаны между собою, что когда мы встречаемся съ однимъ изъ членовъ этой семьи, то сей часъ же вывернетъ и какой либо другой. Вся разница стоитъ въ томъ, что разъ превалируютъ одни члены,—другой разъ—другіе. 2) Основною причиною пьянства является наслѣдственность, за сѣмъ слѣдуетъ нравственный шокъ, сильныя напряженія и усилія духовныя и тѣлесныя, недостаточное питаніе, дурная обстановка, избытокъ и недостатокъ дѣятельности, дурное воспитаніе. Разсматривая многіе случаи, мы наблюдаемъ униформенность ихъ развитія и движенія настолько, что въ этомъ отношеніи они напоминаютъ собою правильность теченія очень многихъ физическихъ болѣзней. Нужно только опредѣлить точку настоящаго состоянія, чтобы легко уже можно было воспроизвести его прошедшее и предсказать будущее. 4) Наблюдая общія статистическія данныя о пьянствѣ, можно сказать, что оно въ различныхъ государствахъ протекаетъ, какъ бы эпидемически, въ одно время усиливаясь, въ другое ослабѣвая;

это даёт нѣкоторое основаніе думать, что пьянство между прочимъ зависитъ отъ какихъ-то высшихъ постороннихъ физическихъ силъ.—Мы остановимся на алкогольной наслѣдственности. Наслѣдственная передача склонности къ употребленію алкоголя или другихъ наркотиковъ—явленіе болѣе обычное, чѣмъ это можно предположить. При этомъ прежде всего является прямая наслѣдственность, когда алкоголь употребляли родители, или родители родителей; замѣчено, что чаще отъ отца наслѣдуетъ пьянство дочь, а отъ матери сынъ,—если же почему либо дочь не становится пьяницей, то пьяницей является ее сынъ. Нѣтъ необходимости, чтобы родители были непременно заправскими пьяницами; достаточно при этомъ бываетъ и того, если одинъ изъ родителей пьетъ умеренно, а другой является нервнымъ,—особенно большая опасность, для дѣтей, если пьетъ мать.—Посредственная наслѣдственность будетъ состоять въ томъ, когда между первымъ членомъ пьяницею лежатъ поколѣнія душевныхъ и нервныхъ больныхъ. Третья форма наслѣдственности,—пограничная между обоими состоитъ въ томъ, когда пьянство является наслѣдіемъ дегенеративныхъ психозовъ и неврозовъ. Потомки пьяницъ въ одномъ поколѣніи даютъ: „эксцентричность, геній и высшую степень развитія эмоцій, крайнюю религіозную ревность, безтолковый скептицизмъ,—піоперы и мученики за идею и люди крайнихъ убѣжденій во всемъ смѣняются во второмъ поколѣніи сумашедшими, пьяницами и идіотами. Въ третьемъ поколѣніи появляются—нищіе, уголовные преступники, бродяги, эпилептики, идіоты, пьяницы. Результаты алкоголизма выражаются у послѣдующихъ поколѣній такъ: а) Уменьшеніемъ продолжительности жизни, такъ какъ дѣти пьяницъ обладаютъ меньшей сопротивляемостью всѣмъ внѣшнимъ воздѣйствіямъ. б) Вымираніемъ семействъ въ слѣдующихъ поколѣніяхъ, при чемъ сохраненіе ихъ возможно только при обновленіи семействъ здоровыми членами.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Crothers.** Состояніе бреда въ пьянствѣ. (States of Delirium in Inebriety, Alienist and Neurologist, 1886, 1).

Мы привыкли лечить состояніе пьянства, когда оно дошло уже до delirium tremens. Собственно говоря, болѣзнь въ это время уже вошла въ свою колею и укоренилась,—лечить же ее слѣдуетъ раньше, пока она не развилась. Исходя съ той точки зрѣнія, что пьянство развивается на почвѣ нервно подготовленной, авторъ рекомендуетъ улавливать эти особенности предиспозиціоннаго періода и лечить пьянство именно въ этомъ

періодѣ. У такихъ лицъ въ первомъ періодѣ пьянства, когда люди еще выпиваютъ только по временамъ, являются странности, напр. подозрительность, недовѣріе къ себѣ и окружающимъ и пр., — всѣ эти явленія бывають только во время выпивки и прекращаються съ прекращеніемъ выпивки. Это еще не пьянство, но на время этихъ временныхъ употребленій алкоголя у такихъ людей являются странности. Такъ одинъ субъектъ въ такіе періоды любилъ осматривать лошадей, — другой любилъ принимать къ себѣ пріемышей, — третій занимался музыкой, — четвертый собирался умирать, приводилъ свои дѣла въ порядокъ, прощался съ друзьями и т. д. Всѣ эти странности, свойственныя только лишь періодамъ попойекъ, не считаются у публики признаками пьянства, но всѣ они должны служить для насъ несомнѣннымъ указаніемъ могущаго развиться пьянства. Эти-то внезапныя измѣненія въ характерѣ и привычкахъ, отношенія къ себѣ и окружающимъ, неустойчивость въ дѣйствіяхъ и поступкахъ и служатъ проявленіемъ бреда пьянства и источникомъ могущихъ развиться изъ него гибельныхъ послѣдствій. Зная эти особенности продромальнаго періода пьянства и понимая все значеніе этихъ странностей и эксцентричностей у лицъ, повременамъ допускающихъ выпивку, мы можемъ предупредить грозящую опасность. Въ этомъ то періодѣ пьянства нужно лечить пьяницъ и въ этомъ-то періодѣ его можно легко вылечить отъ этой ужасной болѣзни.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Crothers.** Пьяницы маніаки. (Inebriate Maniacs, Separat-Abdr).

Пьяницы маніаки стоятъ на пограничной чертѣ между душевно здоровыми и душевно больными людьми и переходятъ то въ одинъ лагерь, то въ другой. Однако тщательное изученіе этихъ случаевъ показываетъ, что ихъ можно раздѣлить на группы, довольно рельефно отличающіяся одна отъ другой. Первую группу составляютъ тѣ пьяницы, которые ежедневно состоятъ предметомъ описанія хроники полицейскихъ проступковъ и преступленій. На первый взглядъ—это преступникъ, — тщательное же изученіе этихъ лицъ покажетъ, что въ большинствѣ случаевъ онѣ являются жертвою дефекта наследственнаго, или же благопріобрѣтеннаго. При физическомъ изученіи ихъ окажется, что они носятъ на себѣ слѣды физическихъ недостатковъ черепа и другихъ частей организма, частью врожденныхъ, частью благопріобрѣтенныхъ, а также слѣды лишеній, голода, истощенія и т. д. При изученіи ихъ психической



области мы найдем: галлюцинации, delirium tremens, импульсивные поступки и т. п. явления ненормальностей, характеризующих пьяниц маниаков, которых место в доме для душевно больных, а не в тюрьме. Попадают же они не на свое место потому, что никто не потрудится изучить период их жизни, предшествующий пьянству. Вторая группа пьяниц не попадают в печать,—но их часто можно находить в полицейских камерах за мелкие беспорядки. Характеристика их преступлений — бессмысленность и рецидивизм. Многие из лиц этой категории судятся по 20, 50, 200 раз, и всякий раз их осуждают потому, что они уже много раз прежде судились. Тщательное рассмотрение жизни и этих субъектов покажет в них физическую и умственную дегенерацию. Третья группа пьяниц-преступников проявляется чрезвычайными преступлениями уголовного или гражданского характера, бывши доселе людьми вполне нравственными и почтенными. Изучение жизни этих людей покажет, что и это преступление есть результат болезненного пьянства. Еще иные лица совершают в такой мере безнравственные преступления, что уже с первого взгляда являются безумными. Все лица вышеуказанных категорий носят в себе душевную болезнь в скрытом виде, при чем эта болезнь обнаруживается только под влиянием известных неблагоприятных условий. Их место не тюрьма, а лечебница.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Hughes.** Истинная природа и определение душевной болезни. (The true Nature and Definition of Insanity, The Alienist and Neurologist, 1887, 4).

Деменция есть болезненное состояние умственных способностей, соединенное с органическим поражением церебральной системы. Но в одних случаях причины этого расстройства лежат в интраутеринном нарушении питания мозга—эта идиотия,—в других—в инфантильной жизни—это тупоумие (imbecilitas) и еще в иных—в течение сформированного состояния мозга—в полном смысле деменция. Вглядываясь однако в сущность этих заболévаний, мы видим, что в основе их лежит одно и то же расстройство. Так, при идиотизме причина болезни лежит в задержке развития центральной нервной системы, происходящей до рождения индивида на свет,—в тупоумии же—в задержке развития центральной нервной системы, но уже после рождения, в период развития. В сущности же и в том и в

другомъ случаѣ причина болѣзни, и сущность ея одна и та же—задержка развитія центральной нервной системы. Дѣленіе этой формы болѣзни на два вида есть дѣленіе чисто искусственное, не имѣющее для себя раціональнаго основанія. Точно также анализируя далѣе, мы видимъ, что какъ при идіотизмѣ, въ его широкомъ значеніи, такъ и при деменціи, основа болѣзни лежитъ въ органическихъ дефектахъ со стороны центральной нервной системы. Правда, между ними существуетъ разница, состоящая въ томъ, что въ однихъ случаяхъ эти дефекты являются прирожденными, а въ другихъ благопріобрѣтенными, тѣмъ не менѣе сущность заболѣванія въ обоихъ случаяхъ одна и та же и подраздѣленіе этихъ случаевъ будетъ чисто искусственное; обѣ эти формы болѣзни должны составлять одно цѣлое. Такую же аналогію авторъ проводитъ и между многими другими душевными заболѣваніями. Общая идея, проводимая авторомъ, состоитъ въ томъ, что настоящая классификація болѣзней чисто искусственная и основанная на совершенно чуждыхъ психіатріи, какъ наукѣ естественной, метафизическихъ началахъ. Современное стремленіе къ дробленію болѣзней не ведетъ ни къ чему, кромѣ только того, что затрудняетъ самое изученіе и пониманіе болѣзней. Нужно прежде изучить патологическую анатомію и патологію сумашествія и тогда уже приступать къ его классификаціи; до тѣхъ же поръ всѣ эти подраздѣленія будутъ излишни и неосновательны.

*П. И. Ковалевскій.*

*D-r Savage.* Сифилисъ и отношеніе его къ сумашествію. (*Syphilis and its Relation to Insanity, American Journal of Insanity, 1883, 1*).

Авторъ на сѣздѣ въ Вашингтонѣ въ 1887 г. дѣлалъ сообщеніе объ отношеніи сифилиса къ душевнымъ заболѣваніямъ, какъ результатъ своихъ многолѣтнихъ изслѣдованій и наблюденій. Въ этомъ отношеніи онъ полагаетъ, что сифилисъ не всегда является единственною причиною пораженія центральной нервной системы, но что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ служитъ мѣстнымъ *irritans*, отъ котораго болѣзненный процессъ распространяется по мозгу, давая картину сумашествія. Касаясь вопроса о появленіи идіотіи и тупоумія, въ слѣдствіе врожденнаго сифилиса, авторъ причисляетъ такіе случаи къ очень рѣдкимъ, при чемъ сообщаетъ и личный свой случай. Далѣе авторъ излагаетъ случаи сифилитическаго пораженія мозга, проявляющіеся тѣми или другими душевными расстройствами и органическими пораженіями. Особенное вниманіе онъ останавливаетъ на отношеніи сифилиса къ общему

прогрессивному параличу, при чемъ полагаетъ, что безусловно существуютъ случаи общаго прогрессивнаго паралича сифилитическаго происхожденія, которые однако должны быть причислены не къ ложному специфическому параличу, а къ настоящему общему прогрессивному параличу. Авторъ рѣшительно отрицаетъ высказанное нѣкоторыми наблюдателями мнѣніе, что общій прогрессивный параличъ непременно долженъ имѣть сифилитическую этиологію и утверждаетъ, что существуютъ несомнѣнные случаи общаго прогрессивнаго паралича не сифилитическаго происхожденія. *П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Spitzka.** Душевные болѣзни, ихъ классификація, діагнозъ, прогнозъ и лечение. (Insanity, its Classification, Diagnosis and Treatment).

Книга эта вышла вторымъ изданіемъ въ теченіе довольно короткаго времени. Уже это одно указываетъ отчасти на ея достоинства. Авторъ въ довольно сжатой формѣ излагаетъ ученіе о душевныхъ болѣзняхъ. Въ новомъ своемъ изданіи онъ мало что добавилъ къ прежнему. Изъ нововведеній можно указать на то, что, вмѣсто термина пароноя, онъ употребляетъ терминъ мономанія. Вообще изложеніе живое и соответствуетъ современнымъ литературнымъ даннымъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ авторъ входитъ въ прерѣканія съ другими учеными, хотя эти прерѣканія не выходятъ изъ предѣловъ приличія.

*П. И. Ковалевскій.*

**D-r Shuttleworth.** Идіотія и тупоуміе вслѣдствіе наследственнаго сифилиса. (Idocy and Imbecility due to inherited Syphilis, American Journal of Insanity, 1888, 1).

Зная, какиимъ разрушительнымъ началомъ служитъ сифилисъ и какъ онъ распространенъ въ обществѣ, можно было бы думать, что процентъ идіотизма и тупоумія, вслѣдствіе врожденнаго сифилиса, долженъ быть очень великъ. Статистическія данныя изъ заведеній для идіотовъ этого однако не подтверждаютъ. Случаевъ идіотизма, гдѣ можно было предполагать, какъ причину, врожденный сифилисъ, считаютъ всего 1%,— и гдѣ несомнѣнно доказанный—0,4%. Авторъ однако считаетъ этотъ процентъ слишкомъ малымъ въ дѣйствительности и объясняетъ недочотъ во 1-хъ тѣмъ, что родные больныхъ очень часто упорно скрываютъ настоящую этиологію и во 2-хъ тѣмъ, что результаты врожденнаго сифилиса въ области умственной чаще проявляются только въ періодъ второго прорѣзыванія зубовъ и при томъ одновременно съ различными гнѣздными пораженіями, на долю которыхъ относятъ и пораженіе интел-

лекта, почему и причисляют эти страданія интеллекта не къ области идіотіи, а къ области слабоумія. Авторъ приводитъ четыре случая идіотизма и тупоумія, вслѣдствіе несомнѣнно врожденнаго сифилиса. *П. И. Ковалевскій.*

**D-r Wiglesworth.** О геморрагіяхъ и ложныхъ перепонкахъ церебральныхъ субдуральныхъ щелей въ различныхъ случаяхъ сумашествія (*The Journal of mental Science*, 1888, 1).

Авторъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) болѣзненный процессъ, извѣстный подъ именемъ *rachimeningitis hemorrhagica*, въ сущности не воспаленіе, а кровоизліяніе подъ *dura mater*,— такимъ образомъ сформированная гематома организуется фабринозными перепонками; 2) такіа кровоизліянія обязательно происходятъ у душевно больныхъ, вслѣдствіе потери мозгового вещества, поддерживающаго и защищающаго менингеальные сосуды, или вслѣдствіе атрофіи извилинъ, столь явно сопровождающей сумашествіе, особенно при транзиторныхъ или болѣе длительныхъ конгестіяхъ; 3) гематомы чаще встрѣчаются именно въ этой формѣ сумашествія; 4) въ то время какъ субдуральная геморрагія встрѣчается въ большинствѣ въ хроническихъ случаяхъ сумашествія, въ меньшинствѣ она бываетъ также и въ острыхъ случаяхъ,— главнѣйшимъ образомъ, но не исключительно, при симптомахъ меланхолическаго характера, при чемъ въ такомъ случаѣ геморрагія можетъ вызвать осложненія, могущія обусловить смерть паціента; 5) хотя въ большинствѣ случаевъ травматизмъ исключается, тѣмъ не менѣе есть основаніе думать, что, при благопріятныхъ предрасполагающихъ условіяхъ, уже незначительный толчекъ можетъ обусловить геморрагію, могущую оказаться фатальною.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Lett.** Лечение пьянства. (*Treatement of Jnebriety*, *The Quarterly Journal of Jnebriety* 1886, 1).

Посадить пьяницу въ тюрьму—дорого, бесполезно и подрываетъ нравственность. Все это потому такъ, что пьянство есть болѣзнь, которую нужно лечить, а не наказывать. Это было бы совершенно аналогично тому, если бы мы бредящаго душевно-больного, вмѣсто лечебницы, помѣстили въ тюрьму. Лечение пьяницъ должно производиться въ особенныхъ институтахъ, имѣющихъ всюду одно общее: во главѣ учрежденія долженъ быть медикъ, имѣющій абсолютную власть надъ паціентомъ, не только въ томъ отношеніи, чтобы запереть его, но и въ смыслѣ лишенія свободы, на срокъ, который медику ка-

жеться необходимымъ для поправленія здоровья пацієнта. Пацієнты-пьяницы могутъ быть двухъ родовъ: одни изъ нихъ поступаютъ добровольно,—другіе приводятся по распоряженію судебной власти. Такія учрежденія для лицъ несостоятельныхъ должны поддерживаться на казенный счетъ и стоять на одинаковыхъ основаніяхъ, какъ и сумашедшіе дома. Эти учрежденія должны имѣть у себя: поле, садъ, мастерскія, залы для развлеченія и церковь. Минимальный срокъ пребыванія пьяницы въ заведеніи есть годъ,—но бывають случаи, когда подобное пребываніе должно длиться годами.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Wigglesworth.** Случай сумашествія ассоцірованнаго острымъ сифилисомъ (A case of Insanity associated with acute Syphilis, American Journal of Insanity, 1888, 1).

Авторъ описываетъ слѣдующій случай: одна дѣвушка получила твердый шанкръ на надлежащемъ мѣстѣ. Рядомъ съ этимъ у нея развилась душевная болѣзнь въ формѣ пассивной меланхоліи. Спустя 3—4 мѣсяца душевная болѣзнь прошла, но остались язвы по тѣлу; послѣ десяти мѣсяцевъ къ нимъ присоединилось рожистое воспаленіе, отъ котораго больная и умерла. Вскрытіе не дало никакихъ слѣдовъ сифилиса внутреннихъ органовъ. Авторъ полагаетъ, что причиною заболѣванія душевною болѣзью послужило нравственное потрясеніе, вслѣдствіе заболѣванія сифилисомъ,—специфическаго же пораженія нервной системы въ данномъ случаѣ не было. Авторъ считаетъ неправильнымъ случаи сумашествія считать „сифилитическимъ сумашествіемъ“.

*П. И. К.*

**D-r Beard.** Существуютъ ли пьяницы автоматы. (Are Inebriates Automaton? The Quarterly Journal of Inebriety, 1878).

Авторъ проводитъ ту идею, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголизмъ появляется чисто автоматически, столь же механически и безсознательно, какъ и движенія въ жизни нѣкоторыхъ растений, напоминающія собою цѣлесообразность движеній животныхъ. Въ подтвержденіе своей идеи авторъ приводитъ случаи автоматическаго пьянства, изъ практики D-r Crothers'a. Мы приведемъ одинъ такой случай. Нѣкто G., женатъ, несчастенъ въ семейной жизни и разошелся съ женою. Въ прежніе годы выпивалъ, но не по многу. Теперь запилъ въ теченіе около полугода,—но затѣмъ прекратилъ пьянство на два года. Быстрое увеличеніе богатства путемъ коммерческихъ оборотовъ повело къ тому, что больной повелъ трезвую и строгую жизнь и велъ ее въ теченіи четырехъ лѣтъ. Это по-

могло ему укрѣпиться душой и тѣломъ. Послѣ этого онъ поселился въ Нью-Портъ и занимался два года своими дѣлами. Здѣсь неожиданно онъ бросилъ свои дѣла и сильно запилъ. Слѣдующіе три года онъ проработалъ на западѣ и въ это время ничего не пилъ, кромѣ небольшого количества Lager-Bier. Послѣ этого онъ женился и уѣхалъ въ Long Branch, но на вторую же ночь запилъ и пилъ въ теченіи недѣли. Послѣ этого онъ опять возвратился на западъ, исправился и былъ ярлымъ поборникомъ трезвости. Девять мѣсяцевъ спустя онъ вновь поѣхалъ на морской берегъ и вновь, безъ всякой причины, запилъ. Вернувшись домой онъ исправился. Два мѣсяца спустя, дѣла опять заставили его ѣхать къ морю, гдѣ онъ подвергся заболѣванію и истощенію; для поддержанія его здоровья, ему дали алкоголь, при чомъ онъ вновь интоксировался. Тогда-то жена его обратила вниманіе на то, что всякій разъ, какъ онъ попадалъ на берегъ моря, онъ чувствовалъ потерю энергій, пилъ и отравлялся. Такимъ образомъ восемь приступовъ запоя произошли въ то время, когда больной былъ на берегу моря и помимо его воли. Авторъ полагаетъ, что это были чисто автоматическія явленія подъ вліяніемъ атмосферическихъ условій. На основаніи анализа всѣхъ случаевъ, авторъ полагаетъ, что 1, въ нѣкоторыхъ случаяхъ морской воздухъ вызываетъ приступы пьянства съ головной болью и депрессіей; 2, прекращеніе этихъ приступовъ достигается удаленіемъ внутрь страны; 3, такимъ образомъ наука все болѣе и болѣе подтверждаетъ принципы нравственности: сопротивляйся началу зла.

Horsley. Наблюденія въ области пьянства. (The Quarterly Journal of Inebriety, 1887).

Авторъ, состоя священникомъ при тюрьмѣ, обратилъ особенное вниманіе на преступниковъ, подвергавшихся пьянству. По автору, количество преступленій, совершаемыхъ пьяницами составитъ 75% всей суммы; и это процентъ далеко не преувеличенный, а, напротивъ, даже меньше того, который высчитывается другими наблюдателями. Законодательство по отношенію къ пьяницамъ очень неопредѣленно; желательно, чтобы оно было сформулировано болѣе ясно и опредѣленно,—въ особенности было бы важно, если бы продленъ былъ срокъ задержанія пьяницъ, такъ какъ кратковременное пребываніе ихъ въ тюрьмѣ совершенно для нихъ бесполезно. Наблюдая многочисленныя случаи пьянства, авторъ полагаетъ, что отученіе отъ

пьянства найсовершеннѣйше можетъ совершаться внезапно и рѣшительно нѣтъ никакой необходимости въ постепенномъ отучиваніи отъ пьянства,—тюрьма имѣетъ на то тысячи прѣмѣровъ. На долю автора выпала печальная участь наблюдать болѣе 3000 самоубійцъ и почти во всѣхъ случаяхъ причиною было пьянство. Изъ 300 случаевъ 172 имѣли причиною пьянство, и изъ нихъ въ 145 случаяхъ пьянство было единственною причиною. Изъ видовъ убійствъ, совершаемыхъ пьяницами, наиболѣе распространеннымъ является дѣтоубійство. Убійство совершается или пьяными родителями въ безсознательномъ состояніи, — или путемъ отравленія алкоголемъ чрезъ своихъ родителей. Пьянство между женщинами съ каждымъ годомъ увеличивается все больше и больше; его непріятная сторона выражается особенно въ томъ, что женщинъ отучивать гораздо труднѣе отъ пьянства, чѣмъ мужчинъ, причѣмъ рецидивистокъ женщинъ значительно больше, чѣмъ мужчинъ. Къ особенностямъ женскаго пьянства нужно отнести то, что они больше пьютъ въ одиночествѣ, скрываютъ его и болѣе страдаютъ дипсоманіей, чѣмъ *delirium tremens*. Тюремныя наблюденія слишкомъ прочно констатируютъ наслѣдственность пьянства. Бывали случаи, когда одновременно въ тюрьмѣ сидѣли за пьянство: бабушка, мать и дочь,—а у послѣдней при этомъ бывалъ грудной ребенокъ. Что выйдетъ изъ послѣдняго—легко себѣ представить. *К. Н. Ковалевская.*

**D-r T. Fisher.** Пьяницы въ домахъ умалишенныхъ. (*Inebriates in Insane Asylums, The Quarterly Journal of Inebriety, 1887, 2.*)

Нѣсколько лѣтъ назадъ собраніе директоровъ домовъ умалишенныхъ рѣшило ходатайствовать объ учрежденіи особыхъ домовъ для пьяницъ. Результатомъ этого въ Англіи было то, что парламентъ позволилъ каждому пьяницѣ произвольно заточать себя въ пріютъ на опредѣленный срокъ. Въ Америкѣ однако, директоры, послѣ настойчивой борьбы, добились того постановленія, что всякій пьяница или дипсоманъ заточается въ домъ умалишенныхъ, съ тою разницею, что онъ помѣщается не какъ сумашедшій, а какъ пьяница. Выпускъ такихъ пьяницъ производился спустя нѣсколько мѣсяцевъ, только при гарантіи со стороны директора, что пьянство не возвратится. Но эта была только полумѣра. Директоры домовъ умалишенныхъ ходатайствовали именно о томъ, чтобы пьяницъ помѣщали не въ сумашедшіе дома, а въ особые спеціальныя заведенія для пьяницъ. Пребываніе послѣднихъ въ домѣ умалишенныхъ не хорошо дѣйствуетъ какъ на пьяницъ, такъ и на душевно-

\*

больныхъ. Правда, пьяницамъ въ домѣ умалишенныхъ все таки лучше, чѣмъ на улицѣ,—но тѣмъ не менѣе это не ихъ мѣсто. Какъ пьяницы, такъ и душевные больные взаимно сознають всю неестественность совмѣстнаго пребыванія и отсюда возникаютъ между ними частыя стычки. Авторъ полагаетъ, что привычный пьяница долженъ быть въ заведеніи не менѣе года и это есть, въ сущности, минимальнѣйшій срокъ. Эти заключенные должны обязательно работать, частью съ гигиеническою цѣлью, а частью для оплаты своего содержанія. Законодательство должно установить, чтобы трудъ былъ принудительнымъ и это право принужденія заключалось въ рукахъ директора. Лѣнь и бездѣлье пьяницъ замедляютъ благопріятный исходъ излеченія. Принудительныя же работы въ домахъ для умалишенныхъ невозможны. Поэтому — опредѣленный и длительный срокъ пребыванія пьяницъ, а также принудительность работъ даютъ основаніе требовать отдѣльныхъ пріютовъ для пьяницъ. Далѣе, въ домахъ умалишенныхъ работы приспособляются къ характеру больныхъ,—тогда какъ въ пріютахъ для пьяницъ можно имѣть однообразныя работы.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Edward Mann.** Алкогольная нейрастенія. (Alcoholic Neuraesthesia, The Quarterly Journal of Inebriety, 1886, 6).

Алкоголь не заключаетъ въ себѣ ничего такого, что бы могло служить для развитія организма, поэтому юное существо не должно и прикасаться къ нему. Въ поздніе года алкоголь является опаснѣйшимъ веществомъ для нервной системы, тѣмъ болѣе, что люди въ этомъ возрастѣ ищутъ въ немъ поддержки противъ своей переутомимости. Опасность для такихъ лицъ велика особенно въ томъ отношеніи, что употребленіе алкоголя можетъ повлечь за собою неудержимую страсть къ нему. Если пьянство отразится не на данномъ субъектѣ, то употребленіе алкоголя очень легко можетъ дать пьянство въ слѣдующемъ поколѣніи. Но особенно опасно употребленіе алкоголя для сильныхъ тружениковъ въ области умственного, или физическаго труда. Попробовавъ разъ алкоголь съ цѣлью поддержанія своей энергіи, они уже не могутъ отказаться отъ употребленія его, ибо всякій разъ безъ алкоголя чувствуютъ такую немощь, что поневолѣ вынуждены вновь обращаться къ нему. Этимъ способомъ развивается формальная, серьезная степень нейрастеніи, алкогольной нейрастеніи, которая легко можетъ перейти въ меланхолію, алкоголизмъ и пр. Для своего спасенія, больной долженъ совершенно прекратить



пріемы алкоголя, прибѣгнуть къ питательной діетѣ, электричеству и гидротерапіи. Тщательно нужно слѣдить у этихъ людей за желудкомъ, при чемъ очень полезно питаніе молокомъ; особенно хорошо молоко на ночь, давая правильный сонъ. Авторъ рекомендуетъ такимъ лицамъ поселиться на возвышенной мѣстности, до 2 т. надъ поверхностью моря.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Fletcher Beach.** Случаи идіотіи и тупоумія, вслѣдствіе наследственнаго сифилиса. (Cases of Idiocy and Imbecility due to inherited Syphilis, American Journal of Insanity, 1888, 1).

Авторъ проводитъ ту идею, что идіотизмъ и тупоуміе являются весьма рѣдко, какъ результатъ врожденнаго сифилиса. Это онъ какъ лично наблюдалъ, такъ ссылается и на авторитетъ Langdon Down'a, Grabham'a, Hutchinson'a, Ireland'a, Warner'a и др. Причину такому явленію авторъ усматриваетъ преимущественно въ томъ, что врожденный сифилисъ скорѣе проявляется въ ювенильной деменціи и въ сумашествіи отроческаго возраста, нежели въ идіотіи и тупоуміи, — быть можетъ потому, что врожденный сифилисъ дѣйствуетъ расшатывающимъ образомъ преимущественно на весь организмъ, нежели спеціально на центральную нервную систему и интеллектъ. Въ данной статьѣ авторъ приводитъ четыре случая идіотизма, вслѣдствіе врожденнаго сифилиса, при чемъ нѣкоторые случаи сопровождались вскрытіемъ.

*П. И. К.*

**D-r Edward Cowles.** Необходимость реформы служебнаго персонала при домахъ умалишенныхъ. (Nursing-Reform for the Insane, American Journal of Insanity, 1887).

Въ настоящее время прислуга въ дома умалишенныхъ, какъ фельдшера и надзиратели, набираются изъ людей далеко не надлежащаго качества. Идутъ туда служить только тѣ, кому больше нигде уже нельзя было пойти, слѣдовательно, не по призванію, а изъ за необходимости, изъ за куска насущнаго хлѣба. При чемъ ихъ знанія не превышали знаній фельдшера или надзирателя общей больницы. Между тѣмъ всѣмъ извѣстна особенность больныхъ домовъ умалишенныхъ и необходимость спеціальныхъ знаній для служащихъ при нихъ. Поэтому авторъ настаиваетъ на необходимости устройства школъ, спеціально для образованія низшаго служебнаго медицинскаго персонала домовъ умалишенныхъ. Онъ думаетъ, что преподаваніе въ этихъ школахъ должно быть теоретическое и практическое. Къ числу теоретическихъ предметовъ онъ причисляетъ: гигиену, медицину, психологію и ученіе о душевныхъ болѣзняхъ.

Такіе подготовленные люди полезны не только для лечебницъ, но и для общества, такъ какъ часто въ нихъ встрѣчается нужда для лечащихся на дому больныхъ. Кромѣ того, такіе люди полезны еще и въ томъ отношеніи, что, стоя ближе къ обществу, они внесутъ въ него правильные взгляды на душевныхъ больныхъ.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Butler.** Лечение помѣшательства и индивидуализація въ леченіи помѣшанныхъ. (The Curability of Insanity and the Individualized Treatement of the Insane, 1887).

Авторъ въ этой книгѣ, написанной скорѣе для публики, а не для медиковъ, проводитъ свои взгляды на дѣло леченія душевныхъ больныхъ, взгляды, давно уже сдѣлавшіеся общимъ достояніемъ и подъ часъ уже отошедшіе въ область преданія. Такъ онъ рекомендуетъ, чтобы леченіе душевныхъ больныхъ индивидуализировалось, чтобы оно велось суперинтендементомъ, игнорируя ассистентовъ, — что построить четыре дома умалишенныхъ, на 300 человекъ каждый, будетъ стоитъ тоже, что выстроить одинъ на 1200 и т. д. Въ заключеніе онъ стоитъ за отдѣленіе хроническихъ душевныхъ больныхъ отъ острыхъ въ особыя колоніи.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Ira Russel.** Опійное пьянство. (Opium Inebriety, The medico-legal Journal, 1887).

Авторъ излагаетъ гибельное вліяніе опія и его алкалоидовъ на организмъ и душевную дѣятельность при законномъ его употребленіи. Особенно тяжело отражается это вліяніе на нравственной сферѣ. Авторъ не рекомендуетъ производить внезапное прекращеніе пріемовъ опія у привычныхъ потребителей, въ виду могущихъ быть гибельныхъ послѣдствій. Тѣ лица, которыя заявляютъ о томъ, что они сами желаютъ отучить себя отъ злоупотребленія опіемъ, сами себя обманываютъ. Ихъ элементы находятся въ состояніи неустойчивости и для сохраненія ихъ равновѣсія они ищутъ искусственной поддержки въ опіи и его препаратахъ. Это есть органическій голодъ, ищущій удовлетворенія въ опіи и послѣ его потребленія еще болѣе усиливающийся. При леченіи этихъ больныхъ, по прекращеніи пріема опія и его препаратовъ, больные должны находиться въ больницѣ для общаго укрѣпленія еще 2—3 мѣсяца. Внезапнаго прекращенія пріемовъ алкалоидовъ авторъ не рекомендуетъ.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Wise.** Призрѣніе хроническихъ сумашедшихъ. (The care of the chronic Insane, American Journal of Insanity, 1887).

Америка, имѣющая много новыхъ домовъ для душевно больныхъ, въ послѣднее время очень озабочена переполненіемъ этихъ домовъ хрониками и изыскиваетъ мѣры и средства—куда бы ихъ славить. Съ этой цѣлью сдѣлано было нѣсколько предложеній,—между ними выдаются слѣдующіе: 1, устроить сепаративные госпитали для неизлечимыхъ больныхъ; 2, пристройки къ главному госпиталю, находящіяся не вдалекѣ отъ главнаго госпиталя и соподчиненныя ему; 3, устройство колоній въ подгородныхъ фермахъ подъ главнымъ управленіемъ центрального учрежденія; 4, patronage familiale. Всѣ эти системы опробованы на дѣлѣ въ Америкѣ. Авторъ склоняется въ пользу колоній, находящихся вблизи отъ главнаго зданія и соподчиненныхъ ему. Призрѣніе душевныхъ больныхъ въ семействахъ на дому, какъ это дѣлалось въ Массачузетсѣ, авторъ не считаетъ особенно выгоднымъ для заведенія въ финансовомъ отношеніи.

П. И. К.

**D-r Farnham.** Маточныя страданія какъ факторъ продукціи сумашествія. (Uterine Disease as a Factor in the Production of Insanity, Alienist and Neurologist, 1887, 4).

Авторъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: не смотря на тѣсную связь утеринныхъ отравленій съ мозговыми, помѣшательство никогда не бываетъ продуктомъ одного страданія маточнаго,—всегда въ этихъ случаяхъ пособниками служатъ: наслѣдственность, предрасположеніе къ душевному заболѣванію, плохое состояніе организма и т. д.; у душевно больныхъ женщинъ гинеціальная ирритация часто кладетъ отпечатокъ на проявленіе уклоненій въ области мыслительной; менструаціи, сопровождаемыя періодическими ослабленіями всего организма, отражаются въ манерѣ наиболѣе рѣзкими приступами возбужденія.

П. И. К.

**D-r Palmer.** Колоніальная система призрѣнія душевныхъ больныхъ. (The colony System of Caring for the Insane, American Journal of Insanity, 1887).

Статистика говоритъ, что процентъ выздоровленія въ домахъ умалишенныхъ съ теченіемъ времени уменьшается. Это означаетъ, что въ лечебницы для душевныхъ больныхъ стали помѣщать не только излечимыхъ буйныхъ маниаковъ,—но и неизлечимыхъ больныхъ. Это неблагопріятное условіе для лечебницъ еще болѣе поддерживается тѣмъ, что условія жизни и борьбы за существованіе въ Америкѣ стали отражаться и

на формахъ душевныхъ болѣзней, давая болѣе тяжелыя и неизлечимыя формы. Результатомъ же всего этого явилось слишкомъ большое накопленіе душевныхъ больныхъ въ лечебницахъ и переполненіе послѣднихъ. Не смотря на большое количество лечебницъ для этихъ больныхъ, они всѣ переполнены. Что же еще можно сдѣлать для пользы штатовъ и больныхъ? Въ однихъ штатахъ для этого существуютъ особенныя поселенія, куда выселяютъ неизлечимыхъ больныхъ; въ другихъ же, при общемъ заведеніи, строятся маленькіе простенькіе домики, въ которыхъ живутъ такіе неизлечимые больные, составляющіе для заведенія баластъ и отягченіе. Но лучшею системою авторъ считаетъ систему колоній. Подъ именемъ колоній разумѣется выселеніе извѣстной группы людей въ какую нибудь территорію, гдѣ они сохраняютъ юрисдикцію своей родной страны. По аналогіи, колонія для душевныхъ больныхъ, есть выселокъ изъ главнаго заведенія части душевныхъ больныхъ въ особую, специально назначенную для нихъ, мѣстность, гдѣ они однако живутъ по законамъ своего учрежденія и находятся съ нимъ въ связи и зависимости. Для правильности веденія колоніи требуется значительный участокъ земли съ простыми постройками для колонистовъ. Каждая такая постройка должна вмѣщать не болѣе 30 сожителей. При колоніи долженъ быть врачъ, который могъ бы сообщаться телефономъ какъ со всѣми колоніальными зданіями, такъ и съ центральнымъ заведеніемъ. Въ колоніи должны быть участки для земледѣлія, огородничества, садоводства, скотоводства, молочнаго хозяйства и т. д. Выгода этой системы особенно ярко выражается въ финансовомъ отношеніи, такъ какъ она удешевляетъ расходъ въ трое противъ капитальныхъ заведеній. Ненужно однако забывать, что колоніи должны быть не самостоятельны, а состоять при центральныхъ заведеніяхъ. Помимо уменьшенія расхода при устройствѣ колоній, послѣднія выгодны еще и въ томъ отношеніи, что могутъ содержаться доходами отъ работъ больныхъ. Преимущества этихъ учреждений состоятъ еще и въ томъ, что здѣсь больные живутъ почти при домашней обстановкѣ, но среди порядка заведенія. Выгоды колоніальной системы состоятъ въ слѣдующемъ: она приспособляетъ трудъ больныхъ къ цѣли пополненія расходовъ на нихъ, — возстановляетъ домашнюю жизнь, насколько это возможно, — ускоряетъ улучшеніе болѣзни, — освобождаетъ мѣста въ главномъ заведеніи для помѣщенія острыхъ больныхъ, — даетъ больнымъ больше свободы, — даетъ

подходящія занятія больнымъ, по ихъ силамъ и способностямъ (занятіе, правильно поставленное, есть лучшій агентъ при леченіи), и служить къ сокращенію расходовъ на больныхъ. Кроме того, при этомъ способѣ возможно содержать больныхъ на большемъ пространствѣ, не скучивая ихъ вмѣстѣ, какъ это бываетъ въ лечебницахъ. *К. Н. Ковалевская.*

**D-r Löwenfeld.** О колебаніяхъ въ развитіи мозговыхъ сосудовъ и ихъ значеніи въ физиологическомъ и патологическомъ отношеніяхъ. (Ueber die Schwankungen in der Entwicklung der Gehirngefäße und deren Bedeutung in physiologischer Hinsicht, Arch. f. Psychiatr. Bd. XVIII, H. 3).

Авторъ поставилъ своей задачей изслѣдовать условія питанія мозговыхъ массъ, особенно мозговой корки, принимая во вниманіе то положеніе, что между состояніемъ мозговой корки и умственной дѣятельностью даннаго субъекта существуетъ извѣстная связь. Правильныя условія питанія мозга находятся въ прямомъ соотвѣтствіи съ болѣе или менѣе правильнымъ развитіемъ сосудовъ. Поэтому онъ изслѣдовалъ отношеніе волюма мозговыхъ артерій къ вѣсу мозга и къ развитію всего артеріальнаго аппарата. Исходной же точкой для сужденія объ артеріальномъ аппаратѣ онъ принималъ объемъ аорты. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ тому выводу, что и при нормальныхъ условіяхъ эти отношенія подлежатъ значительнымъ колебаніямъ,—при чемъ возрастъ не имѣетъ особеннаго значенія. По автору во всѣхъ случаяхъ усиленной мозговой продукціи, отношенія волюма артерій къ объему мозга очень благоприятны. Мнѣніе прежнихъ изслѣдователей, что лѣвая половина мозга въ вѣсовомъ отношеніи преобладаетъ предъ правой, авторъ вполне подтверждаетъ; именно въ 120 случаяхъ онъ получилъ: 12 carotis равны,—31 правая больше лѣвой,—79 лѣвая больше правой.

*С. Н. Сомътовъ.*

**Prof. Mendel.** О Jackson'овской эпилепсін и психозахъ. (Ueber Jackson'sche Epilepsie und Psychose, Allgem. Zeitsch. f. Psych., Bd. XLIV, H 1).

Авторъ описываетъ случай кортикальной эпилепсін, въ дальнѣйшемъ теченіи которой развилась картина прогрессивнаго паралича. При вскрытіи этого случая оказалось гнѣздное пораженіе на мѣстѣ, соотвѣтствовавшемъ явленіямъ парціальной кортикальной эпилепсін, и распространяющійся отсюда менингитъ. Принимая во вниманіе, что въ данномъ случаѣ не оказалось явленій Encephalitis interstitialis cerebrealis, авторъ по-

лагають, що при этомъ имѣлась картина не прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Въ заключеніе авторъ приводитъ случай развитія раганоя при Jackson'овской эпилепсiи, имѣющей своимъ фокусомъ лѣвое полушаріе. *С. Н. Савѣтовъ.*

**Prof. Homén,** Гистологическія измѣненія въ периферическихъ нервахъ, спинныхъ узлахъ и спинномъ мозгу, вслѣдствіе ампутаціи (Die histologische Veränderungen in den peripherischen Nerven, deren Spinalganglien und dem Rückenmarke in Folge von Amputation, Neurologisches Centralblatt 1888, № 3).

Для изслѣдованія этого вопроса авторъ производилъ экспериментальныя изслѣдованія въ патологическомъ Институтѣ въ Гельсингфорсѣ и употребилъ около 30 собакъ различныхъ возрастовъ, производя у нихъ по большей части экзартикуляціи въ бедренномъ и колѣнномъ суставахъ заднихъ и переднихъ конечностей. Оперированныхъ животныхъ онъ оставлялъ жить отъ 1 дня до 3½ лѣтъ. Препараты, уплотненные въ Мюллеровской жидкости, сохранялись въ спиртѣ, а для периферическихъ нервовъ употреблялась осміева кислота. У нѣкоторыхъ животныхъ авторъ перерѣзывалъ два заднихъ корешка поясничныхъ нервовъ, производя такимъ образомъ вторичную дегенерацию въ заднихъ пучкахъ, чтобы съ нею сравнить результаты ампутаціи въ спинномъ мозгу. У недѣльныхъ щенковъ, экзартикулированныхъ въ бедренномъ суставѣ и жившихъ послѣ операціи по меньшей мѣрѣ 5—6 мѣсяцевъ, авторъ нашелъ значительную атрофію нѣкоторыхъ участковъ спинного мозга на сторонѣ операціи, особенно выраженную въ срединѣ поясничнаго утолщенія. Задній пучекъ и задній рогъ въ этой области слегка увеличены сравнительно съ здоровой стороной; въ заднемъ пучкѣ существуетъ размноженіе ядеръ. Задніе корешки замѣтно атрофированы и уменьшены на сторонѣ операціи. Въ переднемъ рогѣ существуетъ также незначительная атрофія и уменьшеніе гангліозныхъ клѣтокъ, преимущественно въ задне-боковой клѣточной группѣ. Въ передне-боковомъ пучкѣ авторъ не могъ констатировать атрофіи. Описанныя измѣненія очень быстро ослабѣваютъ по направленію къ верху; атрофія задняго рога и задняго пучка прослѣживается почти до середины спинного мозга. Въ нижней части спинного мозга авторъ констатировалъ также уменьшеніе клѣтокъ Кларковыхъ столбовъ, въ очень незначительной степени. Тѣ же измѣненія, но въ меньшей степени, авторъ нашелъ у недѣльныхъ щенковъ, экзартикулированныхъ въ колѣнномъ суставѣ. Еще меньше измѣненія выступаютъ у взрослыхъ жи-

вотныхъ. Послѣ экзартикуляціи передней конечности, авторъ нашелъ такую-же точно атрофію задняго пучка и задняго рога шейнаго утолщенія, какъ въ поясничномъ при экзартикуляціи задней конечности, а также небольшое уменьшеніе передняго рога и вовсе незначительную атрофію и уменьшеніи клѣтокъ, особенно въ задне-боковой группѣ. Въ периферическихъ нервахъ авторъ нашелъ почти тѣ же измѣненія, какъ Friedländer и Krause, но не въ такой высокой степени. Авторъ показалъ поперечными срѣзами, проведенными непосредственно подъ спинными гангліями, тамъ, гдѣ еще раздѣлены моторныя и чувствительныя волокна, что чувствительныя волокна, и то не всѣ, измѣнены, въ то время какъ въ моторныхъ волокнахъ нельзя констатировать никакого, по крайней мѣрѣ замѣтнаго, измѣненія, а также понятно и въ переднихъ корешкахъ. Соотвѣтственно этому, авторъ полагаетъ, что въ заднихъ корешкахъ можно найти очень незначительныя измѣненія, подобно тому, какъ и въ нервахъ. Въ спинныхъ гангліяхъ авторъ нашелъ незначительную атрофію и уменьшеніе волоконъ, можетъ быть также небольшую атрофію клѣтокъ. Чтобы изучить начало и ближайшую причину этихъ измѣненій, авторъ произвелъ микроскопическія изслѣдованія препаратовъ животныхъ, прожившихъ 1, 2, 3 дня послѣ операций, пользуясь при этомъ употребительнѣйшими гистологическими методами. Ни однимъ изъ этихъ методовъ не удалось констатировать качественной разницы обѣихъ сторонъ, ни въ нервахъ, ни въ спинномъ мозгу. Но приблизительно черезъ 8 дней, можно уже констатировать небольшую количественную разницу у недѣльныхъ щенковъ на периферическихъ нервахъ обѣихъ сторонъ, между тѣмъ какъ въ нервахъ ампутаціонной культы находятъ относительно большое количество совсѣмъ тонкихъ волоконъ, мякотныя оболочки которыхъ окрашиваются гематоксилиномъ не такъ хорошо какъ нормальныя. Это измѣненіе распространяется на весь нервъ. Черезъ 2—3 недѣли измѣненіе дѣлается яснымъ,—какъ и атрофія задняго пучка и задняго рога, на сторонѣ операций; затѣмъ постепенно выступаютъ и прочія, выше описанныя, измѣненія. У взрослыхъ животныхъ первыя, ясныя измѣненія становятся замѣтными по истеченіи 1—2 мѣсяцевъ. На основаніи этихъ изслѣдованій авторъ дѣлаетъ заключеніе, что здѣсь дѣло идетъ о простой атрофіи, безъ истинныхъ измѣненій гистологической структуры, и что процессъ въ данномъ случаѣ совершенно не сходенъ съ Waller'овскимъ перерожденіемъ нервовъ и секундарной дегенераціей.

спинного мозга. Что касается до объясненія факта, что только часть чувствительныхъ волоконъ измѣнена, то авторъ не хочетъ еще устанавливать для этого никакой гипотезы, находя также гипотезу Friedländer'a, „атрофируются тѣ только волокна, которыя оканчиваются въ специфическихъ аппаратахъ“, мало вѣроятной уже потому, что онъ нашелъ разницу въ степени измѣненій, смотря потому, производилъ ли онъ секцію болѣе центрально, или болѣе периферично. Съ другой стороны онъ полагаетъ, какъ и Friedländer, что наиболѣе измѣненныя части спинного мозга, также какъ клѣтки задне-боковой группы передняго рога, обладаютъ чувствительными функціями.

*Н. И. Мухинъ.*

**Prof. Binswanger.** Объ отношеніи нравственнаго помѣшательства къ наследственнымъ дегенеративнымъ душевнымъ расстройствамъ. (Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu den erblich degenerativen Geistesstörungen, Samml. klin. Vorträge v. Volkmann, 1887).

Авторъ касается вопроса о нравственномъ помѣшательствѣ и, на основаніи изученныхъ имъ случаевъ, полагаетъ, что оно, какъ самостоятельная форма, не существуетъ. Очень многіе психозы, въ состояніи перехода въ слабоуміе, принимаютъ видъ нравственнаго помѣшательства. Если же послѣднее является прирожденнымъ, то, при тщательномъ изученіи такихъ случаевъ, его всегда можно отнести къ формамъ дегенеративныхъ психозовъ. Вотъ почему авторъ полагаетъ необходимыми: первое, отвергнуть, какъ непригодный, англійскій терминъ *moral insanity*, — второе, случаи благопріобрѣтеннаго нравственнаго помѣшательства, развившагося на почвѣ того или другого психоза, разсматривать какъ переходъ въ слабоуміе даннаго психоза и, третье, въ случаяхъ прирожденныхъ, разсматривать эту болѣзнь какъ дегенеративное душевное расстройство.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Stephan.** Къ генезу интенціоннаго tremor'a. (Zur Genese des Intentionstremors, Arch. f. Psych. B. XVIII, 4. 3 и B. XIX, 4. 1).

Авторъ, разсматривая прежнія воззрѣнія, приходитъ къ тому заключенію, что для появленія дрожи множественнаго склероза необходимо, чтобы въ головномъ мозгу существовали склеротическіе очаги. Такіе очаги въ *cerebellum*, *pons varolii* и *oblongata* подобной дрожи не вызываютъ. Авторъ приводитъ два случая склероза спинного и продолговатаго мозга и *rolitis*, въ которыхъ при жизни не было дрожи, — слѣдовательно, *pons* не можетъ служить мѣстомъ происхожденія интенціон-



ной дрожи. Авторъ приводитъ 25 случаевъ очаговыхъ заболѣваній, съ послѣдовательнымъ вскрытіемъ, у которыхъ при жизни наблюдался гемиплегическій треморъ. Въ 20 изъ этихъ случаяхъ навѣрное, а въ 3-хъ съ большою вѣроятностью принималъ участіе зрительный бугоръ; въ другихъ же случаяхъ Thalamus opticus являлся нетронутымъ, за то поражалась ножка мозгового ствола въ заднемъ отдѣлѣ capsula interna. Авторъ соглашается съ выводами Nothnagel'я, что въ нижнихъ конечностяхъ можетъ существовать рѣзко выраженная интенціонная дрожь, при нормальной силѣ, электрической реакціи, нормальной чувствительности и нормальномъ состояніи трофическихъ и вазомоторныхъ областей. Интенціонный треморъ множественнаго склероза родственъ послѣ-гемиплегическимъ расстройствамъ движеніямъ. На этомъ основаніи мѣсто происхожденія интенціоннаго tremor'a множественнаго склероза авторъ приписываетъ Thalami optici. Авторъ сводитъ интенціонный треморъ къ нарушеніямъ координаціи, мѣсто происхожденія котораго лежитъ въ субкортикальныхъ узлахъ.

С. Н. Савѣтовъ.

**Д-ръ Луицъ.** О пораженіяхъ нервной системы послѣ острыхъ инфекціонныхъ процессовъ. (Ueber die Affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Processen, Arch. f. Psych. Bd. XVIII, N. 3)

Авторъ описалъ 13 случаевъ пораженія нервной системы послѣ инфекціонныхъ болѣзней, изъ которыхъ особенно выдаются два: атактическія явленія послѣ дифтерита и двусторонній параличъ N. facialis съ ослабленіемъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, атаксіей, пораженіемъ чувствительности и отсутствіемъ судорожныхъ рефлексовъ, послѣ сыпного тифа. По интензивности заболѣванія всѣ случаи могутъ быть раздѣлены на четыре группы: первая группа сопровождалась нервными расстройствами въ концѣ болѣзни и даже въ періодъ выздоровленія, при чемъ нервныя пораженія прошли вмѣстѣ съ общимъ поправленіемъ,—причину этихъ нервныхъ заболѣваній авторъ видитъ въ анеміи нервныхъ центровъ; вторая группа состоитъ изъ болѣе продолжительныхъ расстройствъ, но излечимыхъ, почему авторъ относитъ ихъ къ функціональнымъ расстройствамъ; третья группа состоитъ изъ воспалительныхъ явленій въ формѣ периферическихъ нейритовъ, менингита, множественнаго склероза и проч.; и четвертая группа, повидимому, представляетъ измѣненія въ сосудистой области, куда относятся геморрагіи, эмболіи, тромбы и проч.

С. Н. Савѣтовъ.

**D-r M. Leven.** Обь отношеніяхъ нервной системы къ питанію тѣла. (Neurologisches Centralb., № 1).

Авторъ дѣлалъ сообщеніе въ Парижскомъ біологическомъ обществѣ обь отношеніяхъ нервной системы къ питанію тѣла, при чемъ, на основаніи своихъ продолжительныхъ изслѣдованій, онъ нашелъ, что при заболѣваніяхъ нервной системы выдѣленіе мочевины уменьшается очень значительно,—число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается на многіе миллионы и жировая ткань или сильно увеличивается, или сильно уничтожается.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Dörschlag.** Сообщение къ пуэрперальнымъ психозамъ. (Beitrag zu den Puerperalpsychosen, Centralblatt für Nervenheilkunde, № 23, 1887).

Авторъ наблюдалъ 30 случаевъ пуэрперальныхъ психозовъ, изъ которыхъ 3 было меланхолія, 7 манія и 20 помѣшательства. Послѣдніе случаи авторъ дѣлитъ на двѣ группы: болѣе легкую, съ 4—5 недѣльнымъ теченіемъ и хорошимъ исходомъ, и болѣе тяжелую, съ 7—8 мѣсячнымъ теченіемъ и плохимъ исходомъ. Легкія заболѣванія обыкновенно развиваются въ первые дни послѣ родовъ, тяжелые же—на первой, третьей и до шестой недѣли послѣ родовъ,—но никогда—на второй недѣлѣ. Отличительная черта меланхоліи и маніи та, что при нихъ не бываетъ галлюцинацій, тогда какъ при помѣшательствѣ бываетъ масса галлюцинацій.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Bartel.** Сообщение къ ученію о менструальномъ сумашествіи. (Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. Cent. f. Nervenheilk., 1887, № 23).

Авторъ проводитъ ту идею, что менструальное сумашествіе не есть результатъ только одной овуляціи, но что она даетъ эффектъ уже на подготовленной почвѣ; слѣдовательно для этого требуется особое расположеніе со стороны организма. Стремленіе автора дифференцировать явленія менструальныхъ психическихъ аномалій отъ эпилептического сумеречнаго состоянія, оказалось не вполне удачнымъ.

*С. Н. Савѣтовъ.*

**Möbins.** О понятіи „истерія“. (Ueber den Begriff der Hysterie. Centralblatt für Nervenheilkunde et ect, 1888, № 3).

Отсутствіе въ наукѣ точно установленнаго понятія обь истеріи дало поводъ автору высказать свой взглядъ на это заболѣваніе. Въ послѣднее время истерію разсматриваютъ какъ психозъ, проявляющійся рядомъ симптомовъ психическихъ и соматическихъ; извѣстны однако достовѣрные случаи этой бо-

лѣзни, гдѣ разстройствъ въ душевной дѣятельности подмѣтити не удавалось; приходится, слѣдовательно, иногда довольствоваться при постановкѣ діагноза одними лишь характерными соматическими симптомами, при чемъ истерическими болѣзненными измѣненіями въ тѣлѣ будутъ, по мнѣнію автора, тѣ, которыя вызываются представленіями; истерическій же характеръ этихъ соматическихъ разстройствъ, выдѣляющій послѣднія изъ сходной группы явленій нормальной жизни, состоитъ въ томъ, что эти разстройства вызываются представленіями необыкновенно легко, бывають рѣзче выражены и что нѣкоторыя изъ такихъ разстройствъ вовсе не наблюдаются у здоровыхъ людей, какъ напр. геміанестезія. Формы соматическихъ разстройствъ при истеріи могутъ быть въ извѣстной зависимости отъ вызывающихъ ихъ представленій, могутъ и не быть; послѣднее, по всей вѣроятности, потому, что больной не въ состояніи бываетъ дать отчета относительно происходящихъ въ немъ самомъ явленій. Противъ высказаннаго опредѣленія авторъ ожидаетъ два возраженія: съ одной стороны такое опредѣленіе не обнимаетъ всѣхъ симптомовъ истеріи, съ другой оно причисляетъ къ истеріи вещи, совершенно сюда не относящіяся. Первое возраженіе авторъ оставляетъ пока въ силѣ, такъ какъ къ сказанному опредѣленію онъ пришелъ не путемъ научнаго эксперимента а, путемъ аналогизма, основываясь на извѣстномъ фактѣ возникновенія и исчезанія истерическихъ припадковъ вслѣдствіе представленій, а также на опытахъ съ гипнотизмомъ вообще и особенно на результатахъ внушенія. „Такое опредѣленіе истеріи, по мнѣнію автора, вноситъ ясность и единство въ наше пониманіе и оказывается наиболѣе практичнымъ, такъ какъ одно только оно даетъ медицинскому пособію прочныя основы.“ Второе изъ возможныхъ возраженій авторъ не считаетъ серьезнымъ, такъ какъ то обстоятельство, что при указанномъ опредѣленіи область истеріи расширяется, даже очень полезно уже тѣмъ, что даетъ возможность причислить къ истеріи всѣ заболѣванія, дѣйствительно сюда относящіяся; авторъ согласенъ поэтому съ Шарко, рассматривающимъ травматическій нейрозъ, какъ одну изъ формъ истеріи и смотритъ на *Rageusclonus multiplex*, какъ на подвидъ истеріи. Такіе соматическіе симптомы, какъ напряженіе мускулатуры въ экстазѣ и пр., конечно, не совпадаютъ съ даннымъ опредѣленіемъ, такъ какъ здѣсь представленіе является не причиной, а мотивомъ; истерическій же больной не сознаетъ, какъ онъ

получаетъ, напр. свой параличъ или что-либо иное. Между нейрастеніей, сущность которой заключается въ истощеніи нервной силы, и истеріей нѣтъ ничего общаго, хотя, конечно, субъектъ истерическій также легко, какъ и всякій другой, можетъ сдѣлаться нейрастенникомъ. Эпилепсія, даже идіопатическая, совершенно отлична отъ истеріи, такъ какъ въ основаніи первой всегда лежатъ причины физическія. Слово истеро-эпилепсія авторъ предлагаетъ совершенно выбросить, такъ какъ нѣтъ такого заболѣванія, которое можно было-бы окрестить этимъ именемъ. Послѣдній возможный упрекъ своему опредѣленію авторъ ищетъ въ предположеніи, что, быть можетъ, это опредѣленіе найдутъ недостаточно ограничивающимъ истерію отъ явленій нормальной жизни. „Такая граница однако, по мнѣнію автора, ни необходима, ни возможна; всякій, такъ сказать, немного истеричень“. Въ практическомъ отношеніи важно только помнить, что всѣ явленія истеріи вызываются исключительно лишь представленіями и при помощи только этихъ послѣднихъ могутъ быть и устранены; отсюда вытекаетъ положеніе: нѣтъ другой терапіи для истеріи кромѣ психической. Достаточно только сильно занять вниманіе больного чѣмъ-либо новымъ, и истерическія припадки могутъ быть устранены, какъ это бываетъ съ нѣкоторыми соматическими расстройствами у здоровыхъ людей. „Одна влюбляется и выздоравливаетъ, другая слышитъ трескъ огня и бѣжитъ отъ него на предѣ тѣмъ парализованныхъ ногъ“. Подобный приѣмъ при леченіи истеріи далеко не всегда удобенъ, такъ какъ средства, сюда относящіеся, то не во власти врача, то оказываются настолько же полезными въ однихъ случаяхъ, насколько вредными въ другихъ. Второй путь для леченія—это внушеніе. Врачъ говоритъ загипнотизированному больному: ты можешь двигать парализованной рукой“, и больной дѣйствительно можетъ; авторъ однако не рекомендуетъ прибѣгать къ помощи гипнотизма, средству все еще загадочному. Для излеченія истеріи достаточно, чтобы больной непоколебимо вѣрилъ въ средство, или еще лучше въ врача. „Образованный врачъ долженъ знать, говоритъ авторъ, что средству, имъ употребляемому, онъ сообщаетъ символическое дѣйствіе, что дѣйствуетъ ни химизмъ, ни магнетизмъ, ни гальванизмъ, ни что-либо матеріальное, но единственно только представленіе.

*В. П. Бобровскій.*

**Dr. Zacher**, Случай гередитарной хорей взрослых (Ueber einen Fall von hereditärer Chorea der Erwachsenen, Neurologisches Centralblatt, № 2, 1888).

Форма хорей, къ которой относитъ авторъ свой случай, тѣмъ особенно характерна, что проявляется наследственно въ определенныхъ семействахъ, достигая своего полного развитія лишь въ болѣе позднемъ возрастѣ данныхъ личностей, — а также еще и тѣмъ, что при ней хореатическія движенія, въ противоположность обыкновенной хорей, могутъ быть подавляемы помощью воли. Такіе же случаи были описаны Губеромъ, Перетти, Эвальдомъ и друг. и Эйхгорстъ, въ новѣйшемъ изданіи своего руководства частной патологій и терапій, поимѣстилъ ихъ какъ отдѣльную группу между названіями гередитарной хорей взрослых. *Z.* настаиваетъ на неразрывной связи, какъ его случая, такъ и случаевъ описанныхъ названными авторами, съ обыкновенной хореей; обстоятельство, особенно убѣдившее его въ такой связи, заключается въ пораженіи самочувствія и въ сильнѣйшей раздражительности заболѣвшихъ субъектовъ во время сильнѣйшихъ приступовъ хореатическихъ двигательныхъ разстройствъ.

*А. П. Драгомановъ.*

**Проф. Ball**, Эротическое умопомѣшательство. Перев. съ франц. *А. А. Яковлева.*

Лекціи проф. Ball'я объ эротическомъ умопомѣшательствѣ, записанныя D-r Lefevr'омъ, переведены на русскій языкъ въ прошломъ году. Онѣ представляютъ большой интересъ не только въ научно-теоретическомъ отношеніи, но и въ чисто практическомъ для всякаго врача, стремящагося къ добросовѣстному выполненію роли эксперта на судѣ, гдѣ нерѣдко эротоманы фигурируютъ въ качествѣ обвиняемыхъ. Проф. Ball различаетъ три вида эротическаго умопомѣшательства: 1) эротоманію или любовно-цѣломудренное умопомѣшательство, 2) чувственное возбужденіе и 3) чувственное извращеніе. Первымъ видомъ, т. е. эротоманіей заболѣваютъ люди, иногда выдающіеся въ умственномъ отношеніи, но обыкновенно имѣющіе наследственное предрасположеніе. Въ дѣтствѣ они бываютъ обыкновенно скрытнаго характера, въ періодъ половой зрѣлости становятся мечтательными, создаютъ въ воображеніи своемъ романы и наконецъ наталкиваются на какую либо встрѣчу, рѣшающую все ихъ будущее. Предметомъ своего увлеченія они избираютъ обыкновенно женщинъ, стоящихъ неизмѣримо выше ихъ по общественному положенію и часто пи-

тають по этому поводу безусловно безумныя фантазіи, оставаясь однако въ большинствѣ случаевъ и въ мечтахъ своихъ на почвѣ абсолютнаго цѣломудрія. Проф. Ball приводитъ случай, гдѣ больной, встрѣтившись однажды взглядомъ съ незнакомой ему дѣвушкой на улицѣ, сразу былъ охваченъ любовью къ ней самаго идеальнаго свойства, не смотря на то, что онъ не успѣлъ даже разсмотрѣть, блондинка она, или брюнетка. Онъ вовсе не хотѣлъ, чтобы она знала, что любима, и мысль о женитьбѣ была противна его настроенію. Весьма часто у эротомановъ этого рода являются слуховыя галлюцинаціи, которыя придаютъ иногда совершенно непредвидѣнный оборотъ всему процессу. Это заболѣваніе проф. Ball считаетъ почти абсолютно неизлечимымъ и обыкновенно переходящимъ въ слабоуміе. Разграничивая эротическое умопомѣшательство отъ сумашествія влюбленнаго, онъ говоритъ, что слѣдуетъ разобраться во всѣхъ обстоятельствахъ, характеризующихъ жизнь даннаго человѣка, и разъ мы увидимъ, что онъ втеченіи долгаго времени преслѣдуетъ безразсудную цѣль нелѣпыми средствами, то тогда лишь мы можемъ заключить, что дѣло касается эротомана, а не обыкновеннаго влюбленнаго. Второй видъ эротическаго помѣшательства заключаетъ въ себѣ формы, въ которыхъ на первый планъ, въ противоположность эротоманіи, выступаетъ сфера чувственности—чувственное возбужденіе. Сюда относится во первыхъ галлюцинаторная форма эротическаго помѣшательства. Она встрѣчается въ различныхъ видахъ психозовъ: въ послѣродовомъ помѣшательствѣ, въ истеріи, въ алкоголизмѣ, въ маніи, въ религіозномъ умопомѣшательствѣ; можетъ, однако, развиться и сама по себѣ. Иногда она проявляется даже въ формѣ эпилепсій, особенно часто въ женскихъ монастыряхъ (исторія Кельнскихъ монахинь, подвергавшихся каждую ночь посѣщеніямъ сатаны). Въ этой формѣ половыя галлюцинаціи составляютъ или всю суть заболѣванія, или являются вмѣстѣ съ пораженіемъ духовной сферы и въ другихъ отношеніяхъ. Во вторыхъ къ этому виду эротическаго помѣшательства относится афродитическая форма или афродизія. Больные этой формой здравомыслящи и исправны во всѣхъ отношеніяхъ, только половыя ихъ стремленія доходятъ до крайности, до компромитированія ихъ общественнаго положенія. Не смотря на растлѣвающій характеръ ихъ поведенія, лица эти нерѣдко пользуются цвѣтущимъ здоровьемъ до самого конца своей жизни и не обнаруживаютъ никакихъ психическихъ разстройствъ,

крімъ сильного підвищення половыхъ инстинктівъ. Это однако не то підвищення половыхъ инстинктівъ, которое составляетъ лишь одинъ изъ випадківъ значительнаго числа душевнихъ заболѣваній, — это половое возбужденіе, достигшее крайнихъ предѣловъ и составляющее само по себѣ всю болѣзненную форму. Въ то-же время это и не нимфоманія или сатириазисъ. Эти послѣднія заболѣванія весьма тяжкаго свойства, часто ведутъ къ смертельному исходу или слабоумію (острая нимфоманія) и всегда имѣють въ основѣ своей органическія заболѣванія половыхъ органовъ, или центральной нервной системы. Третья форма чувственаго возбужденія — интеллектуальная. У больныхъ этой формой существуетъ разладъ между головни-мозговими центрами и *centrum genitospinale*. При полномъ въ большинствѣ случаевъ половомъ безсиліи эти люди выказываютъ крайнюю похотливость въ своемъ поведеніи, рѣчи, жестахъ. Подобное состояніе встрѣчается при прогрессивномъ параличѣ, у нѣкоторыхъ стариковъ и въ громадномъ большинствѣ случаевъ маніи. Въ эту-же категорію авторъ относитъ и такъ называемыхъ экибиціонистовъ, т. е. субъектовъ, которые, не представляя полового безсилія, испытываютъ странное удовольствіе, обнажая свои половые органы на глазахъ женщинъ и дѣвушекъ просто изъ желанія оскорбить чувство стыдливости. Послѣдній видъ разбираемаго душевнаго заболѣванія есть чувственное извращеніе. Оно встрѣчается въ видѣ мучительства, некрофилиі, педерастіи и превратнаго влеченія. Мучительство выражается въ стремленіи измучить, изуродовать, убить предметъ своей страсти. Люди, одержимые этой формой душевнаго расстройства, испытываютъ особенно страстное наслажденіе при половомъ актѣ въ то время, когда кровь течетъ изъ ранъ, наносимыхъ ими ихъ жертвѣ, они изрѣзываютъ на куски дѣтей, которыхъ только что растлили, въ буквальный смыслъ упиваются кровью жертвъ своихъ, такъ что подчасъ имѣють истинно антропофагное влеченіе. Авторъ намічаєть три главныя отличительныя черты этой формы. 1. Половое стремленіе не удовлетворяется актомъ совокупленія, какъ и въ нимфоманіи, но при этомъ оно обращается въ бѣшенство, ведя къ жестокостямъ, убійству и антропофагіи. 2. Преступники этого рода охотно уродуютъ половые органы своихъ жертвъ. 3. Почти всегда они являютъ признаки наслѣдственнаго вырожденія и у нихъ часто обнаруживаются анатомическія измѣненія головного мозга. Некрофилиія есть чувственное извращеніе, выражающееся стра-

\*

стью къ половому сношенію съ трупомъ. Люди, одержимые этой болѣзнію, употребляютъ всевозможныя средства для удовлетворенія своей страсти. Нѣкоторые изъ нихъ пробираются тайкомъ на кладбища, разрываютъ свѣжіе трупы женщинъ, разбиваютъ гробы для оскверненія труповъ. Между ними встрѣчаются люди женатые, безупречнаго поведенія и прекрасной репутаціи во всѣхъ другихъ отношеніяхъ. Педерастія является во первыхъ въ видѣ порока и во вторыхъ какъ болѣзненное состояніе. Какъ порокъ, она была очень распространена у народовъ древности, которые, впрочемъ вовсе даже не считали ее порокомъ, какъ видно изъ того, напр., что въ Спартѣ законъ предписывалъ старикамъ, брать въ любовники молодыхъ людей, чтобы вселить въ нихъ мужество. Какъ болѣзненное состояніе она есть стремленіе, часто стоящее на границахъ убожества. Человѣкъ, предающійся педерастіи и избравшій для себя, на примѣръ, пассивную роль, часто испытываетъ всѣ чувства влюбленной и ревнивой женщины. Проф. Ball различаетъ врожденную и пріобрѣтенную педерастію. Во многихъ случаяхъ педерастія возникаетъ въ силу предрасположенія субъектовъ, имѣющихъ женственныя склонности, у нихъ кромѣ того открываются несомнѣнные признаки душевнаго расстройства, наслѣдственная почва, періодичность появленія ихъ хроническихъ порывовъ. Пріобрѣтенная педерастія является результатомъ другихъ порочныхъ привычекъ, какъ алкоголизма, мастурбаціи; въ то-же время она считается часто причиной другихъ болѣзней, какъ прогрессивнаго паралича, цистита и заболѣванія простаты. Превратное влеченіе выражается въ любовномъ тяготѣніи больного субъекта къ индивидамъ того-же пола. Однако эти люди никогда не впадаютъ въ педерастію, вселяющую въ нихъ отвращеніе къ себѣ. Почти всегда они представляютъ нѣкоторыя элементарныя психическія расстройства, въ видѣ напр. folie du doute, на почвѣ наслѣдственнаго вырожденія. Часто субъекты эти, въ большинствѣ случаевъ мужчины, являются прекрасно развитыми съ хорошо организованными половыми органами и при томъ они всегда ясно сознаютъ свое поведеніе. Это есть помѣшательство съ сохраненіемъ сознанія.—Переводъ сдѣланъ очень чисто и живымъ языкомъ.

*Н. И. Мухинъ.*



## С М Ъ С Ъ.

\* 26-го января, въ I-мъ отдѣленіи московскаго окружнаго суда слушалось дѣло о поджогѣ, въ которомъ обвинялся зап. ряд. Сергѣй Зобовъ. Обстоятельства дѣла, выяснившіяся на предварительномъ слѣдствіи, оказались настолько странными, что судомъ возбужденъ былъ вопросъ о состояніи умственныхъ способностей подсудимаго. Послѣдній жилъ четыре года тому назадъ работникомъ у крест. Егорова, въ деревнѣ Скальковой, Московскаго уѣзда. 20-го ноября 1884 г., Егоровъ вмѣстѣ съ женой уѣхалъ въ Москву, оставивъ домъ вмѣстѣ съ малолѣтними дѣтьми на попеченіе Зобова. Вскорѣ послѣ отъѣзда хозяевъ, въ домѣ вспыхнулъ пожаръ; сбѣжался народъ и нашелъ избу Егорова совершенно объятаю пламенемъ; на дворѣ у колодца лежалъ Зобовъ съ перерѣзаннымъ горломъ. Раненаго отравили въ больницу; тамъ онъ на другой день пришелъ въ себя и разсказалъ, что избу Егорова поджегъ онъ, изъ желанія отомстить женѣ его, съ которой онъ незадолго передъ этимъ поссорился; когда-же онъ вспомнилъ, что въ домѣ сгорѣлъ двухлѣтній ребенокъ, онъ до того испугался, что рѣшился покончить съ собою и порѣзалъ себѣ горло. Потерпѣвшій Егоровъ показалъ, что онъ въ день пожара пилъ вмѣстѣ съ Зобовымъ водку,—въ виду этого явилось предположеніе, что послѣдній поджегъ домъ въ состояніи опьянѣнія; но судъ предположилъ умственное разстройство у Зобова и вызвалъ къ разбирательству врачей-экспертовъ, которые нашли, что поджогъ совершенъ Зобовымъ въ быстропроходящемъ припадкѣ безумія (*mania transitoria*). (Русскій Курьеръ).

\* *Лубны.* На усадьбѣ г. Ш. обращаетъ на себя вниманіе рабочій, еще молодой человѣкъ, но уже посѣдѣвшій. Ходитъ онъ въ лѣтней крестьянской одеждѣ, безъ шапки и босикомъ въ самые лютые морозы, работая съ утра до поздняго вечера. Это землемѣръ-таксаторъ А. Я. Ш., братъ владѣльца усадьбы. Получивъ гимназическое образованіе, а затѣмъ специальное въ таксаторскихъ классахъ, Ш. болѣе десяти лѣтъ состоялъ на службѣ при Полтавской межевой палатѣ. Въ Лубны онъ

прїѣзжалъ ежегодно—погостить у брата и былъ онъ тогда франтоватымъ кавалеромъ въ обществѣ и прїятнымъ собесѣдникомъ. По окончаніи межеванія здѣсь онъ былъ переведенъ въ Черниговскую губернію на должность начальника межевой партіи. Живя въ г. Острѣ онъ обзавелся приличной обстановкой квартиры и мечталъ о женитьбѣ, какъ человекъ, вполне устроившійся въ жизни. Но внезапно Ш. бросаетъ свою квартиру со всѣмъ имуществомъ, мѣняетъ свое платье на крестьянскій костюмъ и поселяется въ лѣсу. По освидѣтельствованіи врачебнымъ отдѣленіемъ, Ш. признанъ былъ душевно-больнымъ и помѣщенъ въ больницу. Въ больницѣ онъ пробылъ болѣе года, и такъ какъ перемѣны въ психическомъ настроеніи больного не произошло,—не переставалъ воображать себя „мужикомъ“, то его, какъ спокойнаго больного, отправили на родину, въ Лубны, на попеченіе брата. Старанія послѣдняго обратить больного къ обычному образу жизни не достигли результата. Ш. рѣшительно отвергаетъ всякую цивилизацію, отказался жить „въ комнатахъ“, а помѣщается въ сараѣ, спитъ на соломѣ и только въ большіе холода ночуетъ въ кухнѣ. Питается однимъ хлѣбомъ, находя даже нищу, которою пользуется прислуга брата, слишкомъ роскошной. Съ разсвѣта до ночи Ш. непрерывно работаетъ,—рубить дрова, чиститъ конюшни и ухаживаетъ за скотомъ, возитъ изъ лѣсу топливо, лѣтомъ работаетъ въ саду. Въ работѣ и вообще въ дѣйствіяхъ Ш. никакихъ странностей не обнаруживаетъ, напротивъ, вводитъ разумныя улучшенія въ хозяйство. Встрѣчъ и разговоровъ съ прежними знакомыми избѣгаетъ, но тѣ, кому удалось видѣться съ Ш., слышали отъ него разумныя и логичныя отвѣты. Положеніе свое онъ сознаетъ, объясняя, что почувствовалъ себя счастливымъ лишь съ тѣхъ поръ, какъ огрѣшилъ отъ „барской жизни“; совѣтуетъ и другимъ послѣдовать его примѣру. Когда больному выслали изъ Остра его вещи, между которыми много было цѣнныхъ, и принадлежащія ему деньги до 2 тыс. руб., онъ отказался отъ всего и не пожелалъ даже взглянуть на имущество. Также равнодушно отнесся онъ и къ назначенію ему за службу пенсіона. Въ такомъ положеніи Ш. находится болѣе 4-хъ лѣтъ. Обращался братъ больного къ мѣстнымъ врачамъ, но тѣ отказались понять болѣзнь, совѣтуя обратиться въ полтавское богоугодное заведеніе для душевно-больныхъ. Больной отказывался ѣхать въ Полтаву, резонно возражая, что онъ чувствуетъ себя вполне здоровымъ, и покорился необхо-

дистности лишь въ виду угрозы употребить силу. Въ Полтавской лечебницѣ врачи тоже только пожали плечами и признали науку безсильной помочь въ данномъ случаѣ, представляющемъ новую форму психическаго расстройства—„манію опрощенія“.

(Кіевл.).

\* Въ ночь съ 24 на 25 января, передаетъ «Кіев. Сл.», въ Кіевѣ повѣсился, находившійся на излѣченіи въ домѣ умалишенныхъ Кириловскихъ богоугодныхъ заведеній, психически больной священникъ Сементовскій. Обстоятельства самоубійства слѣдующія: когда всѣ умалишенные, подъ присмотромъ шести больничныхъ служителей и надзирателя, пошли въ общую столовую, Сементовскій, какъ страдающій буйнымъ помѣшательствомъ, а потому не допускавшійся въ столовую наравнѣ съ другими больными, остался одинъ, въ особой налатѣ. По выходѣ всѣхъ, онъ сдѣлалъ петлю изъ куска холста, оторваннаго отъ бывшаго на немъ нижняго бѣлья, привязалъ эту петлю къ полотенцу и, прикрѣпивъ послѣднее къ оконной рѣшеткѣ, повѣсился. Вошедшій служитель, увидя висѣвшаго Сементовскаго, тотчасъ далъ знать надзирателю и врачу, но, несмотря на всѣ усилія врача и двухъ фельдшеровъ, несчастнаго не удалось возвратить къ жизни.

\* Ночью, по сообщенію «Сар. Лист.», на 22-го января покончилъ жизнь самоубійствомъ студентъ московской духовной академіи, послѣдняго курса, Валентинъ Ласточкинъ, 22 лѣтъ. Покойный бросился въ полынью, предварительно раздѣвшись и оставивъ въ карманѣ записку, въ которой, однако, настоящая причина такой роковой развязки съ жизнію не объяснена; въ ней юноша только проситъ «никого въ смерти его не винить». Говорятъ, что покойный молодой человекъ, въ послѣднее время былъ меланхоличенъ и родные, будто-бы, не разъ уже спасали его.

(Южн. Кр.).

\* Изъ вышедшаго на дняхъ отчета с.-петербургской городской больницы св. Пантелеймона за 1886 годъ, видно, что преобладающую форму душевныхъ болѣзней составлялъ „прогрессивный параличъ“, требующій, какъ извѣстно, много ухода за больными, особенно во второмъ періодѣ болѣзни, а въ этомъ періодѣ находились почти всѣ паралитики больницы св. Пантелеймона. Не мало безпокойствъ администраціи больницы приносили также больные „хроническимъ алкоголизмомъ“. Число побѣговъ изъ больницы было 15 (13 муж. и 2 женщ.). Одинъ больной былъ найденъ недѣлю спустя за 15 верстъ отъ больницы, а другой вовсе не розысканъ. Къ несчастнымъ

случае также относится смерть Екатерины Гартманъ, которая, во время отсутствія прислуги, подошла къ топившейся печи и отъ загорѣвшагося на ней платья получила столь сильные обжоги, что, не смотря на оказанную тотчасъ-же помощь, въ тотъ-же день умерла. Нельзя не отмѣтить того отраднaго факта, что въ больницѣ св. Пантелеймона не практикуется связываніе буйныхъ больныхъ и такъ, называемыя „сумасшедшія рубашки“, вовсе выведены изъ употребленія.

(Минута).

\* Въ числѣ другихъ вопросовъ, касающихся земско-медицинскаго дѣла въ губерніи, послѣднее очередное курское губернское собраніе обсуждало докладъ ревизіонной комиссіи относительно переполненія дома умалишенныхъ въ Курскѣ больными. Тѣснота во всѣхъ помѣщеніяхъ для душевно-больныхъ въ богоугодныхъ заведеніяхъ дошла до крайнихъ предѣловъ. Между тѣмъ приняты за постройку предполагаемаго дома для 75 умалишенныхъ женщинъ губернское земство не рѣшается по недостатку денегъ. Комиссія предложила два исхода изъ затруднительнаго положенія: или построить еще временное помѣщеніе для умалишенныхъ, по смѣтѣ въ 15 приблизительно тысячъ рублей, или же употребить для помѣщенія сумасшедшихъ нѣкоторое количество больничныхъ коекъ, служащихъ для больныхъ — не умалишенныхъ и остающихся иногда не занятыми. По предложенію комиссіи, земское собраніе остановилось на второмъ способѣ разрѣшенія вопроса о тѣснотѣ дома умалишенныхъ и задумало расширить помѣщеніе для душевно-больныхъ посредствомъ сокращенія числа больничныхъ кроватей. Окончательное рѣшеніе этого вопроса отложено до чрезвычайнаго собранія.

(Южн. Кр.).

\* Въ „Спб. Вѣстн.“ разсказывается о такомъ случаѣ самоубійства: 2-го января секретарь полиціи В. Е. Взилюевъ сдѣлалъ въ себя четыре выстрѣла: первые три въ правую сторону живота, пули застѣли въ желудкѣ, и четвертый въ правую сторону груди, пуля прошла на вылетъ около позвоночнаго столба. Онъ умеръ 9-го января, послѣ семидневныхъ ужасныхъ страданій. Причина самоубійства, по его словамъ, какъ передаютъ, нежеланіе больше жить. Послѣ его смерти всѣ дѣла найдены въ порядкѣ. Покойный былъ человѣкъ честный, трудолюбивый и любимый всѣми.

\* 14 января, въ 2 часа дня, въ Томскѣ застрѣлился ссыльный М. Л. Карчевскій, еще молодой человѣкъ. Онъ служилъ здѣсь

въ главномъ агентствѣ страховаго общества „Россія“, сначала помощникомъ бухгалтера, а потомъ исправлялъ должность бухгалтера. Причина, побудившая его на самоубійство, вполне не выяснена, но, говорятъ, что онъ посылалъ въ главное управленіе общества письмо съ просьбою утвердить его въ должности бухгалтера. Въ отвѣтъ на это письмо главный агентъ получилъ предписаніе управленія, чтобы ссыльныхъ вовсе не приглашать на службу въ агентство. Карчевскому отказали отъ мѣста, это на него очень повліяло, онъ сталъ задумываться, сдѣлался угрюмъ; средствъ у него не было, мѣста подходящаго не предвидѣлось, кромѣ дешевыхъ уроковъ въ нѣсколькихъ еврейскихъ домахъ; не видя исхода изъ своего положенія, онъ рѣшилъ покончить съ собой. Карчевскій получилъ образованіе въ одномъ изъ русскихъ университетовъ. (Сибир. Вѣстн.).

\* 19-го января, въ 3 часа дня въ Арзамасѣ по сообщенію „Моск. Лист.“, произошла кровавая расправа. Дворянинъ Лушковъ, находясь въ нетрезвомъ видѣ, выгналъ изъ дому двухъ старшихъ дочерей своихъ и, оставшись наединѣ съ женою и сыномъ 5 лѣтъ, стащилъ жену съ лежанки, на которой она отдыхала, повалилъ ее на полъ и приготовленнымъ заранѣе столовымъ ножомъ началъ наносить ей удары, а затѣмъ убѣжалъ куда то изъ дому. Раненая кое какъ ползкомъ выбралась на улицу, гдѣ и упала безъ чувствъ.

\* Въ „Нов. Д.“ изъ Екатеринослава пишутъ, что на-дняхъ въ мѣстечкѣ Никополѣ застрѣлился судебный приставъ при здѣшнемъ сѣздѣ Герверкъ-Крискъ. Пуля была направлена въ високъ и смерть послѣдовала моментально. Покойный принадлежалъ къ числу видныхъ представителей мѣстной интеллигенціи и пользовался завидной репутаціей честнаго человека. Передъ тѣмъ, какъ кончить счеты съ жизнью, Герверкъ-Крискъ привелъ въ порядокъ всѣ дѣла и официальной бумагой извѣстилъ предсѣдателя сѣзда, „въ виду приближенія смерти“ объ этомъ. По произведенному дознанію, все оказалось въ полномъ порядкѣ. Точно причина не выяснена, но есть предположеніе, что мотивомъ факта является отвращеніе къ жизни (*taedium vitae*) (Южн. Кр.).

\* 6-го февраля, въ 1 ч. по полудни, легкой извозчикъ, кр. Ефремовскаго уѣзда, Павелъ Мирошкинъ, 26 л., намѣреваясь лишить себя жизни, нанесъ столовымъ ножомъ себѣ рану въ горло, при чемъ выяснено, что Мирошкинъ страдаетъ душевною болѣзнію.

\* Въ г. Лубнахъ, Полт. губ., недавно умеръ членъ мѣстнаго суда К., страдавшій психическимъ разстройствомъ. Покойный жилъ одиноко и скупно, оставивъ послѣ себя значительное состояніе въ деньгахъ и вещахъ на сумму тысячъ до сорока. За принятіемъ наслѣдства пріѣхали изъ Петербурга какіе-то дальніе родственники и приступили къ распродажѣ движимости. Продажа сопровождалась курьезами, привлекавшими не только покупателей, но и массу любопытной публики. Продается тюкъ старыхъ газетъ. Еврей-покупатель предлагаетъ за нихъ двугривенный, продавецъ требуетъ рубль. Покупатель назойливо убѣждаетъ уступить ему за его цѣну; разсерженный продавецъ вырываетъ у еврея пачку, швыряетъ въ уголь, газеты разсыпаются и между ними обнаруживается сторублевый кредитный билетъ. Начинаютъ тогда перебирать № № и находятъ почти въ каждомъ вложенныя бумажки. Всего отыскали болѣе 3-хъ тыс. руб. Можно представить отчаяніе поскупившагося покупателя! Другой барышникъ-еврей торгуетъ старое пальто и убѣдительно проситъ уступить ему изъ восьми рублей полтинникъ. „Чортъ съ тобой, отвяжись! Плати деньги, да убирайся!“ — говоритъ продавецъ. Но еврей медлитъ, снова начинаетъ переворачивать пальто, прося уступить еще полтинникъ. Засунулъ еврей руку въ одинъ карманъ, вынулъ и остолбенѣлъ: въ рукахъ оказалась пачка кредитокъ. Не успѣлъ онъ придти въ себя, какъ у него отобрали деньги, всего до 70 руб. Покупатель стонетъ и злится на свою оплошность. Репримандъ неожиданный былъ и для хранителя, у котораго вещи находились въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а газеты даже и въ опись судебного пристава не входили. Въ числѣ вещей обращали на себя вниманіе сотни коробокъ со стальными перьями. Рассказываютъ, что больной, закупивъ въ лавкѣ всѣ (какъ онъ полагалъ) перья, объяснилъ въ судѣ: „теперь шабашъ: ни частныхъ, ни апелляціонныхъ жалобъ не будутъ писать“.

(„Нов. Вр.“).

\* Проживающій въ домѣ Бодрова Николай Колошинъ 42 лѣтъ, въ припадкѣ бѣлой горячки, покушаясь на самоубійство, порѣзалъ себѣ перочиннымъ ножомъ горло. Больной отправленъ въ Старо-Екатерининскую больницу въ Москвѣ. (Русск. Курьеръ).

\* Образованіе дѣтей нервно-больныхъ. Существуетъ не малое количество дѣтей неспособныхъ удовлетворить школьнымъ требованіямъ, по причинѣ частыхъ головныхъ болей, припад-

ковъ эпилепсiи, паралича, крайней нервности. Не имѣя силъ идти наравнѣ со всѣмъ классомъ, такіа дѣти прекращаютъ, вслѣдствіе утомленія, посѣщеніе школъ на цѣлыя недѣли и мѣсяцы. Между тѣмъ имѣется полная возможность дать и этимъ инвалиднымъ ученикамъ приличное образованіе. Слѣдуетъ ввести медицинскую ревизію школъ въ началѣ каждаго семестра для освидѣтельствующія дѣтей, не посѣщавшихъ классовъ въ теченіи 6 мѣсяцевъ, вслѣдствіе слабости здоровья, и для отдѣленія выше-названныхъ больныхъ дѣтей отъ остального комплекта. Такимъ образомъ классъ освободится отъ слабыхъ учениковъ, задерживающихъ преподаваніе. Отдѣленные же больныя и слабыя дѣти составятъ спеціальныя классы, со спеціальнымъ для нихъ курсомъ преподаванія и преподавателями. (Archive de Neurologie, № 43, 1888).

\* Душевно-больные въ maisons de charité. Въ 1884 году была сдѣлана первая полная ревизія богадѣленъ въ Массачусетсѣ. Она обнаружила страшную небрежность въ дѣлѣ призрѣнія бѣдныхъ и больныхъ. Безпорядокъ и нечистоплотность были поразительныя. Наблюденія надъ больными, подраздѣленіе заболѣвшихъ по видамъ, соблюденіе требованій гигиены, совершенно отсутствовали. Количество и чистота палатъ, постелей и одежды вызвали негодованіе ревизующихъ. Мужчины не были вполне отдѣлены отъ женщинъ, а также душевно-больные отъ психически здоровыхъ. Но что хуже всего это присутствіе и задержаніе въ этихъ богадѣльняхъ душевно-больныхъ излечимыхъ, которые при соотвѣтственномъ леченіи, въ пріютѣ для душевно-больныхъ, могли-бы вполне выздороветь. Назначенная для этой ревизіи коммисія дѣятельно взялась за дѣло; составлены новыя правила для богадѣленъ, съ требованіемъ не принимать и переводить въ соотвѣтственныя заведенія больныхъ, требующихъ спеціальныхъ леченій. Ревизіи будутъ производиться ежегодно. (Archive de Neurologie № 43. 1888). Когда-то наши земскія богадѣльни дождутся подобной ревизіи.

Въ Archive de Neurologie (1887) напечатаны отчеты Buscoldianus и др., касающіеся чудесной постницы Маргариты изъ Roed около Speyer, которую въ 1542 году посѣтилъ Императоръ Фердинандъ. Эта 12-ти лѣтняя дѣвочка годами не пила и не ѣла; ученые измышляли не мало остроумныхъ гипотезъ, для объясненія этого чуда. По этому поводу цитируется сообщеніе, помѣщенное въ Histoire de l'académie française за 1769 годъ—о душевно-больномъ офицерѣ, не при-

нижавшемъ рѣшительно никакой пищи въ теченіи 46 дней. Онъ только пилъ воду съ нѣсколькими каплями Анисовой водки; но послѣдніе 8 дней онъ не принималъ даже воды. На 36-й день онъ слегъ. Foetor ex ore голодающихъ былъ ясно наблюдаемъ. На 46-й день больной, при видѣ ребенка съ кускомъ хлѣба въ рукахъ, внезапно снова сталъ ѣсть и вполне поправился.

\* American Journal of Insanity открылъ у себя мѣсто для писемъ директоровъ различныхъ заведеній для душевныхъ больныхъ, гдѣ они излагаютъ свои взгляды на нужды и недостатки тѣхъ или другихъ заведеній. Въ № 1 за 1888 г. помѣщено письмо D-r Russell, въ которомъ онъ жалуется на жалкое положеніе директора психіатра при двойственномъ управленіи домоу умалишенныхъ. Дѣло состоитъ въ слѣдующемъ: въ данномъ домѣ умалишенныхъ директоромъ заведенія былъ врачъ. Но обществу почему то угодно было раздѣлить эту власть на двое, при чемъ медицинскую часть отдали директору-врачу,—а хозяйственную директору не врачу. Результатомъ этого положенія вышло то, что распоряженій врача никто не исполнялъ. Врачъ назначаетъ одно, а директоръ—не врачъ другое; врачъ предписываетъ одну діету, а директоръ—не врачъ другую. Разумѣется, кончилось тѣмъ, что сначала вышелъ одинъ врачъ, потомъ другой, потомъ третій и т. д.,—и теперь весь вопросъ состоитъ въ томъ—кому изъ врачей пришла очередь уходить. Но этого мало. Въ женскомъ отдѣленіи, въ которомъ находится болѣе 400 женщинъ, была старшей надзирательницей одна госпожа болѣе 20 лѣтъ. Когда ушелъ первый директоръ врачъ, то и она хотѣла уйти, но совѣтъ ее отговорилъ и она осталась. Кончилось однако тѣмъ, что директоръ-не врачъ выжилъ ее и на ея мѣсто посадилъ свою жену, а на мѣсто эконома своего сына. И теперь дѣло ведется такъ: директоръ-врачъ назначаетъ одну діету больнымъ, а эконому заявляетъ: „постойте, я пойду посмотрю, нужно ли это“... Не правда ли, какъ это мило!.. Какъ это напомнитъ многимъ изъ нашихъ русскихъ товарищей наши порядки, нашихъ земскихъ попечителей и старшихъ врачей, которые часто виѣшиваются не въ свое дѣло, совершенно не имѣя о немъ никакого понятія...

\* D-r Smith, давая отчетъ о состояніи душевныхъ больныхъ въ одномъ изъ Американскихъ Штатовъ, въ которомъ въ прошломъ году было болѣе 13 т. душевно-больныхъ, ре-



комендуетъ устройство смѣшанныхъ домовъ умалишенныхъ съ колоніями для хрониковъ (*American Journal of Insanity*, № 1).

† 15 декабря 1887 г. скончался докторъ Ахилль Фовилль, правительственный окружной инспекторъ — психіатръ приютовъ умалишенныхъ во Франціи, главный секретарь французскаго медицинскаго общества и одинъ изъ главныхъ редакторовъ и сотрудниковъ жюнала „*Annales Medico-psychologiques*“. Въ лицѣ его Франціей понесена весьма чувствительная утрата и скончавшагося оплакиваетъ не одна лишь его семья, горячо любившая покойнаго и тѣсный кружокъ друзей — сотоварищей. Нѣтъ, все французское общество, начиная съ высшихъ административныхъ сферъ и различныхъ общественно-научныхъ учреждений и кончая тысячами отдѣльныхъ гражданъ разныхъ общественныхъ слоевъ, — единодушно и громогласно заявило о тяжести этой утраты и почло для себя долгомъ лично, или черезъ избранныхъ представителей участвовать на похоронахъ усопшаго. Церковь Св. Огюста, гдѣ происходило отпѣваніе, не могла вмѣстѣ всѣхъ желавшихъ почтить память умершаго, а по опущеніи гроба въ могилу на кладбищѣ Père—Lachaise, — были произнесены надгробныя рѣчи: делегатомъ министерства внутреннихъ дѣлъ — Narias; делегатомъ главнаго медицинскаго общества Франціи — Riauf; делегатомъ медико-психологическаго общества — Ritti и общества медиковъ-психіатровъ — Bouchereau. Всѣ эти надгробныя рѣчи, дышавшія неподдѣльною искренностью и теплотою, удостоверяють вообщю, что съ именемъ Фовилля для Франціи надолго и неразрывно будетъ связано представленіе не только о выдающемся ученомъ и неутомимомъ труженикѣ, — но и о чловѣкѣ твердыхъ, непоколебимыхъ нравственныхъ устоевъ, высокой честности и гуманности.

Родившись въ 1831 году въ Руанѣ и получивъ блестящее общее образованіе, благодаря своему отцу, занимавшему кафедру фізіологіи и патологіи нервной системы въ Руанской медицинской школѣ и мѣсто старшаго врача въ приютѣ умалишенныхъ Saint—Jean, — А. Фовилль избралъ своею спеціальностью также медицину и въ 1857 году защитилъ диссертацию на доктора подъ заглавіемъ „*Considérations physiologiques sur l'accès l'épilepsie*“. Вслѣдъ за симъ онъ получилъ мѣсто (1859 г.) врача-ассистента въ приютѣ „*Quatre-Mares*“. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ того онъ былъ переведенъ старшимъ врачомъ въ одинъ изъ приютовъ Maréville и въ концѣ того же года получилъ мѣсто директора приюта умалишен-

ныхъ въ Данѣ; въ 1863 г. онъ былъ переведенъ на тотъ же постъ въ пріютъ Шалона на Марнѣ, затѣмъ получилъ мѣсто ассистента въ Maison de Charanton, и наконецъ, въ 1872 г. вступилъ въ должность директора пріюта „Quatre Mares“.

Весь этотъ, равно какъ и ближайшій послѣдующій, періодъ его дѣятельности относится къ чисто научной сферѣ: начиная съ 1867 года идетъ цѣлая сѣрiя его научныхъ работъ, помѣщавшихся частью въ различныхъ періодическихъ изданiяхъ, частью выходившихъ отдѣльными самостоятельными выпусками. Перечислимъ нѣкоторыя изъ нихъ:

1) *Delirium tremens*, дипсоманiя, алкоголизмъ. Историческій и библиографическій отчетъ (*Archives générales de médecine*, 1867).

2) Клиническія и статистическія изслѣдованiя по вопросу о наслѣдственности эпилепсiи (*Annales medico-psychologiques*, 1868).

3) Наблюденiя надъ истеро-эпилепсiей у мужчинъ. Къ вопросу о дифференціальной діагностикѣ истерическаго, эпилептического и истеро-эпилептического характера судоргъ, *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, 1868).

4) Клиническій и фізіологическій разборъ случая внезапной смерти, причиненной проникновениемъ пищевыхъ веществъ изъ пищеварительнаго тракта въ воздухоносные пути (*Archives générales de médecine* 1869).

5) Клиническій разборъ помѣшательства съ преобладанiемъ бреда величiя (*Memoires de l'academie de medecine* 1869—70).

6) Упомоѣшанные. Практическій разборъ законоположенiй и мѣръ относящихся до умопомѣшанныхъ. (Отд. изданiе 1870).

7) Средства практической борьбы съ пьянствомъ, практиковавшiяся и проэктированныя во Франціи, Англіи, Швеціи и Норвегiи (*Annales d'hygiène* 1872).

8) Номенклатура и классификація душевныхъ болѣзней (*Annales*, 1872).

9) О возрастающей частотѣ общаго прогрессивнаго паралича (*Annales*, 1875).

10) Упомоѣшанные — путешественники и странники (*Annales*, 1875).

11) Связь двигательныхъ разстройствъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ съ поврежденiями корки лобныхъ и темянныхъ извилинъ (*Annales*, 1877).

12) Мимолетные симптомы общего прогрессивнаго паралича у эпилептика (1879).

13) Къ ученію объ отношеніи сифилиса къ общему прогрессивному параличу (Annales, 1879).

14) Упомянутые въ Соединенныхъ Штатахъ (Annales d'hygiène, 1879).

15) Манія съ преобладаніемъ бреда величія, на почвѣ долговременной гемиплегіи (1880).

16) Фармакопείа дѣтскихъ болѣзней (1881).

17) Острое паралитическое помѣшательство (1882).

18) Сравнительное изученіе иностранныхъ законоположеній, касающихся пользованія умалишенныхъ въ частныхъ домахъ (Annales 1884).

19) Врачи въ трагедіяхъ Шекспира (1885).

20) Законоположенія относительно быта душевнобольныхъ въ Англіи и Шотландіи (1885).

21) Конгестивная манія; конвульсіи; конвульсіи у дѣтей; делириумъ; деменція; imbecillitas; идиотія; ипохондрія, нимфоманія и пр.,—статьи, помѣщавшіяся отъ 1868 до 1883 г. въ „dictionnaire de medicine et chirurgie pratiques“

18-го іюня 1880 г. Фовилль былъ назначенъ главнымъ окружнымъ инспекторомъ благотворительныхъ учрежденій и пріютовъ для душевно-больныхъ. Всюду преслѣдовавшій одну лишь истину, обладавшій выдающимся умомъ и замѣчательнымъ тактомъ въ разрѣшеніи различныхъ недоразумѣній, столь обычныхъ въ окружавшихъ его условіяхъ, страстно преданный своей роли посредника и совѣтника,—онъ былъ незамѣнимъ въ сферѣ своей дѣятельности, отличительной чертой которой являлось стремленіе всюду сдѣлать возможное добро. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ Фовилля,—человѣка весьма крѣпкаго тѣлосложенія,—сталъ осиливать давній его недугъ и всѣ усилія окружавшихъ его близкихъ людей оказались безплодными въ этой борьбѣ. Фовилль скончался съ улыбкой на устахъ, утѣшая рыдавшихъ друзей и родственниковъ и сдѣлавъ въ полномъ сознаніи всѣ надлежащія распоряженія по посмертному устройству своихъ дѣлъ.

Миръ праху твоему, — честный ученый труженикъ и честный человѣкъ.

\* *Письмо д-ра Дубелира.* М. Г. Г-нъ редакторъ! Позвольте мнѣ сдѣлать слѣдующую поправку. Въ „Архивъ Психіатріи“, издав. подъ редакціей проф. Ковалевскаго, т. X., № 1—2, стр. 290, я встрѣтилъ слѣдующій отзывъ о книжкѣ, переведеной В. Валицкимъ: „книжка переведена и передѣлана специально съ цѣлію рекламы, такъ какъ господинъ переводчикъ практикуетъ въ Пятигорскѣ и ему, вѣроятно, хотѣлось показаться тоже какимъ-то специалистомъ“ и т. д. Считаю своею нравственною обязанностью увѣрить г. рецензента, что онъ въ личности Валицкаго крѣпко ошибается: я знаю его 20 лѣтъ. Мы вмѣстѣ учились въ Академіи (куда онъ поступилъ, будучи отставнымъ офицеромъ) и, кромѣ самаго идеальнаго и добросовѣстнаго отношенія къ изучаемой имъ наукѣ, я ничего не видѣлъ въ теченіе 5 лѣтъ. Кромѣ медицины, онъ посвящалъ свой досугъ занятіямъ по химіи. Работы его напечатаны. Наконецъ, года два-три онъ на собственныхъ средства провелъ въ Парижѣ, посѣщая аккуратнѣйшимъ образомъ клиники и въ особенности St. Louis. Смѣю думать, что бросать грязь въ подобнаго товарища, по меньшей мѣрѣ, грѣшно. Дубелиръ (Медицинское обозрѣніе, 1887, № 18, стр. 561).

\* *Намъ прислали визитную карточку, которую мы и переписываемъ съ буквальной точностью:* „Д-ръ медицины Вячеславъ Эмериновичъ Валицкій. Болѣзни внутреннія, нервныя, половой сферы, горла и носа. Сифилисъ пріобрѣтенный, наслѣдственный, скрытый, поздній, старческій, сифилисъ мозга. Преждевременное ослабленіе и увяданіе; недостаточно благообразный видъ и неправильное развитіе лица, кожи и тѣла; болѣзненные выдѣленія пота, слизи и т. п. Промываніе желудка и усиленное насильственное кормленіе. Опредѣленіе чужоточныхъ бактерій, изслѣдованіе мочи“. (Врачъ, 1888, № 5, стр. 99).

**Prof. E. Remak.**

## **Э л е к т р о т е р а п і я.**

**Переводъ К. Н. Ковалевской.**

Въ широкомъ смыслѣ къ электротерапіи слѣдуетъ отнести всякое примѣненіе электричества съ лечебной цѣлью; но обыкновенно, и мы такъ понимаемъ въ этомъ произведеніи, подъ электротерапіей понимается терапевтическое примѣненіе электричества на непораженную кожу для прямого воздѣйствія.

Со временъ мифическихъ электрическихъ купаній больныхъ негритятъ восточной Африки въ прудахъ, населенныхъ гнюсами, и внѣшняго и внутренняго терапевтическаго примѣненія этой рыбы,—электрическаго дѣйствія янтаря у древнихъ (Scribonius Largus, Plinius, Dioscorides)—электрическія приспособленія служили во всѣ времена эмперическимъ средствомъ леченія, такъ что съ ихъ развитіемъ рука объ руку шло развитіе электротерапіи. Сперва примѣнялось электричество, получаемое треніемъ, или статическое электричество, по изобрѣтеніи электрической машины въ прошломъ столѣтіи (1744). Употребляли его въ качествѣ оживляющаго и раздражающаго фактора для тѣхъ или другихъ изолированныхъ паціентовъ въ формѣ электрической ванны, дуновенія или искры—при различныхъ болѣзняхъ (параличи, chorea St. Viti, нейралгія и ревматизмъ — Krautzenstein, de Haën, Jallabert, Bertholon и Mauduyts). Такъ какъ въ новѣйшее время, по улучшеніи приспособленій, статическое электричество или франклинизація стала употребляться снова, то мы посвятимъ ему отдѣльную главу въ концѣ нашей работы.

Динамическое электричество было испробовано Humboldt'омъ (1795) вскорѣ по открытіи гальванизма (1789), посредствомъ изслѣдованій на собственномъ тѣлѣ; мѣста, на которыхъ прикладывалось электричество, предварительно эскориrowались посредствомъ кантаридовъ. По открытіи дуги Volta (1800), Lichten-

stein и Bischoff, подъ руководствомъ Lader'a<sup>2</sup>, по указанію Humboldt'a, стали примѣнять ее для терапевтическихъ опытовъ при амаврозѣ и гемиплегіяхъ. Въ тоже время употреблялъ гальваническій токъ Grapen-gisser<sup>3</sup>, но, вслѣдствіе незначительной силы тока приспособленій, онъ примѣнялъ его только послѣ предварительнаго приготовленія мѣсть, куда апплицировалось электричество, посредствомъ нарывныхъ пластырей. Судя по его наблюденіямъ, область примѣненія гальванизма могла занимать широкіе предѣлы (параличъ, подагра, ревматизмъ, слабость зрѣнія, темная вода, тугоухость, глухота, параличъ пузыря, мнимая смерть, хроническая хрипота и афонія, бѣлая колѣнная опухоль, зобъ, хроническій ревматизмъ). Такъ какъ гальваническое раздраженіе органовъ чувствъ (гальваническія звуковыя и свѣтovyя ощущенія) возбуждали наибольшій интересъ, то въ гальвано-терапевтическихъ работахъ Jacobi<sup>4</sup> и другихъ на первомъ планѣ выступалъ вопросъ о леченіи, обыкновенно бесплодномъ и жестокомъ, болѣзней этихъ органовъ; тогда какъ по отношенію къ другимъ болѣзнямъ его понемногу забывали, должно быть, вслѣдствіе непостоянства дѣйствія дугъ.

Открытіе индуктивнаго электричества Фарадеемъ (1831) и устройство магнито-электрическаго аппарата (1832), въ особенности самодѣятельнаго гальвано-электрическаго индуктивнаго аппарата (1846) повело почти къ исключительному медицинскому употребленію его, вслѣдствіе его удобства и сильнаго раздражающаго дѣйствія. Тѣмъ болѣе это употребленіе имѣло основу, что физики утверждали идентичность электричества во всѣхъ формахъ его проявленія, а съ физиолого-медицинской точки зрѣнія терапевтическое вліяніе электрическихъ аппаратовъ опредѣлялось только по ихъ раздражающему дѣйствію. Значеніе мѣстной фарадизаціи, какъ правильно и систематически употребляемаго способа, было установлено Duchenn'омъ въ 1847 г., въ дальнѣйшемъ же этотъ методъ былъ разработанъ М. Meyer'омъ<sup>6</sup>, Erdmann'омъ<sup>7</sup>, в. Ziemssen'омъ<sup>8</sup> и друг. Особенно этотъ видъ электричества рекомендовался при леченіи параличей и атрофій съ одной стороны и разстройствахъ

чутливості (нейралгія, анестезія) съ другой стороны. Съ этого времени электричество стало общим достояніемъ всѣхъ врачей.

Стремленіе дать болѣе широкую фізіологическую основу терапевтическому примѣненію электрическихъ токовъ побудило R. Remak'a<sup>9</sup> (1856) снова возвратиться къ терапевтическому употребленію постоянного гальваническаго тока. Въ многочисленныхъ работахъ онъ выхвалялъ съ энтузіазмомъ убѣжденности дѣйствіе гальваническаго тока, въ особенности при болѣзняхъ мускуловъ, сочлененій и нервной системы, преимущественно же ея центральныхъ органовъ. Онъ же первый установилъ, что дѣйствіе гальваническаго тока отличается отъ дѣйствія фарадическаго, въ большинствѣ случаевъ превышаетъ его и, въ зависимости отъ примѣненія его, кромѣ раздражающаго вліянія, имѣетъ еще иное дѣйствіе на вышепоименованныя болѣзни. Онъ старался, на точномъ фізіологическомъ основаніи, строго разграничить терапевтическое поле дѣйствія гальваническаго и индуктивнаго токовъ, такъ какъ ихъ физическое различіе обуславливаетъ и фізіологическую разницу, и воспользоваться изумительными врачебными успѣхами гальваническаго тока, точно изслѣдовать дѣйствіе различныхъ методовъ приложенія и найти имъ фізіологическое объясненіе. Такимъ образомъ въ теченіе своей дѣятельности, Remak сталъ основателемъ современной гальванотерапіи и только преждевременная смерть помѣшала ему закончить свою дѣятельность. Не смотря на теоретическіе успѣхи гальванотерапевтическихъ приѣмовъ, они все еще основываются на добытыхъ имъ данныхъ. Многочисленные послѣдователи Remak'a<sup>10</sup>, (Benedikt<sup>11</sup>, Erb<sup>12</sup>, Eulenburg<sup>13</sup> и др.) практически подтвердили преимущество гальваническаго тока для терапіи нервныхъ болѣзней, особенно центральныхъ заболѣваній и изъ нихъ главнымъ образомъ спинного мозга. Всѣ эти послѣдователи Remak'a направили свои изслѣдованія на электродіагностику, терапевтическіе же методы хотя и были разъяснены единичными экспериментальными изслѣдованіями (Erb, Buckhardt, v. Ziemssen, Filehne и др.), тѣмъ не менѣе въ специальныхъ указаніяхъ объ употребленіи обоихъ токовъ и различ-

ныхъ методовъ леченія различныхъ заболѣваній существуютъ многочисленныя, часто противорѣчающія, мнѣнія, что вполне объясняется трудностью пониманія успѣха леченія. Разработанный Вегнер'омъ методъ полярнаго изслѣдованія и леченія, снова поднявшій рациональную гальванотерапію органовъ чувствъ, особенно слуха (электроотіатрію) скорѣе обогатилъ область электродіагностики, нежели электротерапіи. Въ электротерапіи методы весьма колеблются, въ зависимости отъ неустойчивости отдѣльных мнѣній, такъ какъ эти методы въ большинствѣ эмпирическіе и въ большинствѣ случаевъ не имѣютъ ясныхъ основъ.

Цѣли и границы электротерапіи въ послѣднее время опредѣлились точнѣе, такъ какъ успѣхи патолого-анатомическихъ и клиническихъ знаній дали возможность съ большей увѣренностью ставить діагнозъ и прогнозъ многихъ нервныхъ болѣзней, которые больше всего принадлежатъ области электротерапіи. Старающимися, въ особенности нѣмецкихъ терапевтовъ, электродіагностика, съ ея внушительнымъ, все еще увеличивающимся, позитивнымъ матерьяломъ, стала сильнымъ подспорьемъ для клиническаго діагноза. Слѣдовательно, если электротерапія, до извѣстной степени, рѣзче, нежели это прежде было возможно, опредѣлила свои границы, то изъ этого само собой вытекаетъ, что о научномъ примѣненіи ея можетъ быть рѣчь только при полномъ владѣніи, какъ общей, такъ и специальной діагностикой нервныхъ болѣзней, а въ особенности электродіагностикой.

### І. Гальванотерапія.

Гальванотерапевтическіе аппараты будутъ тѣже, что и въ электродіагностикѣ,—въ особенности же можно рекомендовать батарею Hirschmann'a изъ элементовъ Siemens'a. Конечно въ терапіи еще болѣе принимаются во вниманіе условія болѣе удобнаго переноса и дешевизны. Выборъ гальванической батареи болѣе или менѣе безразличенъ и зависитъ главнымъ образомъ отъ цѣли, съ которой ее хотятъ употреблять. Но что безусловно нужно, это—цѣлесообразныя добавочныя аппараты для градуировки силы тока. Для болѣе гру-



быхъ цѣлей, напр. при леченіи чисто периферическихъ параличей, аміотрофій, страданія сочлененій и мускуловъ, да и при большинствѣ заболѣваній спинного мозга возможно обойтись безъ реостата. А такъ какъ въ этомъ случаѣ нѣтъ особенной необходимости въ особенно постепенномъ введеніи элементовъ, то можно ограничиться счетчикомъ, при которомъ вводятся по два элемента сразу; но безъ удовлетворительнаго, по возможности даже абсолютнаго, гальванометра также невозможно предпринимать гальвано-терапевтическихъ процедуръ, какъ невозможно предписывать различные химическіе элементы, не соображаясь съ ихъ дозами (C. W. Müller<sup>14</sup>). Абсолютный вертикальный гальванометръ Hirschmann'a оказывается прекраснымъ и для терапевтическихъ цѣлей; но для увеличенія чувствительности была бы желательна нѣсколько большая сдержанность въ градуировкѣ. Hirschmann изготавилъ также удобный абсолютный гальванометръ и для переносныхъ аппаратовъ. Степень наполненія жидкостью элементовъ и сопротивленіе у различныхъ особъ, даже у одной и той же личности въ различное время въ продолженіи одного сеанса,—такъ измѣнчивы, что градуировка тока по элементамъ будетъ всегда служить только крайнимъ средствомъ, за неимѣніемъ ничего другого. Для леченія же тяжкихъ нейралгій, для гальванизации мозга и п. sympathici, въ особенности же въ электро-отіатріи необходимъ цѣлесообразный реостатъ съ побочнымъ замыканіемъ.

Только въ видѣ исключенія, для достиженія химическаго изъязвленія кожи до образованія эшары, Seeligmüller'омъ<sup>15</sup> рекомендуется гальваническая кисть при упорномъ суставномъ ревматизмѣ.

Такъ какъ въ гальванотерапіи леченіе примѣняется къ органамъ, лежащимъ подъ кожей (мускулы, сухожилія, періостъ, нервы, центральные органы, сочлененія и т. д.); то для преодоленія кожныхъ сопротивленій слѣдуетъ примѣнять хорошо обтянутые смоченные теплой водой электроды. Электродъ долженъ быть снабженъ пластинкой, имѣющей 3—5 ст. въ діаметрѣ, а индифферентный полюсъ, повозможности, большей величины,—за исключеніемъ тѣхъ слу-

чаевъ, гдѣ показуется, для большей густоты тока, съюзить дифферентный электродъ еще болѣе.

Дѣйствующая на дифферентномъ полюсѣ густота тока зависитъ, кромѣ выраженной въ М. А. силы тока, еще и отъ величины поверхности электрода; поэтому, для точной дозировки силы тока, электродъ играетъ значительную роль. Густота тока можетъ быть выражена въ видѣ дроби, числителемъ которой будетъ сила тока въ М. А., а знаменателемъ—поверхность плоскости электрода, выраженная въ ст. (C. W. Müller<sup>14</sup>). Если употребляются круглые электроды, то, кромѣ вышеназваннаго нормальнаго электрода  $Erb'a^{16}$ , въ 10 кв. ст. (поперечный діаметръ отъ 3 — 5 ст.), полезно имѣть цѣлый рядъ электродовъ: въ 15 кв. ст. (діаметръ 4,4), въ 20 кв. ст. (діаметръ 5), 30 кв. ст. (діаметръ 6), 40 кв. ст. (діаметръ 7), въ 50 кв. ст. (діаметръ 8) и т. д. Эти электроды должны имѣть соотвѣтственное указаніе размѣровъ, при чемъ нужно помнить, что для надлежащей силы тока, напр. въ 5 разъ большаго, нужно брать и силу тока въ 5 разъ большую. Для прикладыванія къ нѣкоторымъ органамъ, напр. при гальванизации спинного мозга, или головы, совѣтуютъ употреблять вмѣсто круглыхъ, прямоугольныя изогнутыя пластинки (10 : 5 ст.— $Erb^{17}$ , v. Ziemssen<sup>8</sup>). Но мой личный опытъ показалъ, что при гальванизации спинного мозга удобнѣе круглые электроды, въ особенности при передвиженіи съ мѣста на мѣсто. Еще менѣе необходимымъ кажется мнѣ употреблять, для обхожденія *processus spinosus*, рекомендованные Seeligmüller'омъ<sup>18</sup> двойные электроды. Балкообразные электроды для гальванизации *n. sympatricus* употреблялись еще R. Remak'омъ. Квадратную величину плоскости электрода для дозировки густоты тока всегда можно рассчитать, умноживъ борты другъ на друга. При излюбленномъ же Trouvé<sup>13</sup> катушечномъ электродѣ, употребляемомъ Stein'омъ<sup>20</sup>, какъ массажная катушка, къ тѣлу прикасается только верхушка цилиндра, да и то въ различной широтѣ, въ зависимости отъ надавливанія, и потому точная дозировка при такихъ электродахъ не вполне выполняема. Гальваническій токъ, при соотвѣтственной силѣ, достигаетъ въ достаточной степени и внутреннихъ органовъ, если онъ прикладывается на

кожу, поэтому возможно обойтись безъ электродовъ специально устроенныхъ для введенія въ полости тѣла (электродъ для мочевого пузыря, гестум, гортани и уха) и лучше совершенно избѣгать ихъ, такъ какъ они могутъ дѣйствовать разъѣдающимъ образомъ на слизистую оболочку.

Терапевтическое дѣйствіе гальваническаго тока основывается пока главнымъ образомъ на эмпирическихъ данныхъ; но его старались объяснить также и физиологическимъ вліяніемъ тока на заболѣвшіе органы (мускулы, нервы и т. д.). Этимъ же путемъ старались объяснить успѣхъ и опредѣлить методъ. Но при этомъ не слѣдуетъ упускать изъ виду, что успѣхъ метода ни какъ не доказываетъ того, что онъ составленъ соотвѣтственно теоретическимъ предположеніямъ (Erb<sup>21</sup>).

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно вызвать сокращеніе мускуловъ, напр. при парезахъ отъ недѣятельности и атрофіяхъ, при мелкихъ травматическихъ и ревматическихъ параличахъ, удивительно благопріятные успѣхи получались отъ возбуждающаго дѣйствія, болѣе отъ замыканія тока, чѣмъ отмыканія. Здѣсь пригоднѣе всего будетъ KaS, а при желаніи весьма энергичнаго воздѣйствія—альтернатива Вольта на Ka. Весьма цѣлесообразнымъ методомъ раздраженія служить т. н. лябильный способъ (R. Retak<sup>9</sup>), который съ одной стороны вызываетъ колебаніе густоты для возбужденія сокращенія,—съ другой же стороны постепенно подвергаетъ всѣ части нерва или мускула наибольшей густотѣ тока. Лябильный методъ состоитъ въ томъ, что токъ, при достаточной силѣ его для возбужденія сокращенія, проводится посредствомъ хорошо смоченнаго и прижатаго электрода, довольно сильно и быстро по всему теченію нерва или мускула. При этомъ, какъ болѣе сильно раздражающій, употребляютъ лучше Ka. Дѣйствіе такого способа можно назвать комбинированнымъ, принимая въ соображеніе какъ сокращенія сами по себѣ и вызываемую ими циркуляцію, такъ и измѣняющее дѣйствіе тока на моторныя и вазомоторныя нервныя волокна. Такой способъ примѣненія обуславливаетъ часто удивительныя улучшенія подвижности, а примѣненный къ мускуламъ, даетъ даже нѣчто

въ родѣ вздутія ихъ (R. Remak<sup>9</sup>). Нѣтъ сомнѣнїя, что, при такомъ примѣненїи, кромѣ даннаго раздраженія моторныхъ нервовъ, должно принимать въ соображеніе еще и другіе моменты, такъ какъ гораздо болѣе сильныя тетаническія сокращенія, возбуждаемыя индуктивнымъ токомъ, не оставляютъ по себѣ подобныхъ благотворныхъ послѣдствій.

Стабильное воздѣйствіе гальваническаго тока, и безъ колебаній густоты, само по себѣ оказываетъ измѣняющее дѣйствіе на свойство нервовъ и мускуловъ. Съ физиологической стороны Heidenhain<sup>22</sup> первый наблюдалъ освѣжающее дѣйствіе постоянного тока, лучше восходящаго, нежели нисходящаго, на мускулы, лишенные своей возбудимости и утомленные индуктивными ударами, или растяженіемъ. Антипаралитическое дѣйствіе стабильныхъ токовъ на человѣка присуще въ особенности Ка, если его локализовать въ области парализованнаго нерва или сплетенія. Такое непосредственное дѣйствіе яснѣе всего выражается на легкихъ параличахъ отъ давленія, или перележанія *n. radialis*, когда Ка, при умѣренной, эмпирически на гальванометрѣ рассчитанной, силѣ тока (по моимъ новѣйшимъ изслѣдованіямъ, отъ 6 до 8 М. А., при 20 к. ст. въ діаметрѣ электрода), приложенъ на обычномъ мѣстѣ ущемленія нерва снаружи, выше моторной точки на мѣстѣ поворота *n. radialis* вокругъ *humerus* (E. Remak<sup>23</sup> и Erb<sup>17</sup>). Тоже наблюдается часто при легкихъ или среднихъ параличахъ *n. facialis*, или при тяжелыхъ, находящихся въ стадіи регенерации. Какъ только маленькій Ка поставленъ на мѣстѣ выхода *n. facialis* подъ ухомъ, то, даже при очень незначительной силѣ тока (2—3 М. А.), замѣчается это дѣйствіе, при чемъ замыканіе глаза видимо увеличивается и т. д. Подобное антипаралитическое дѣйствіе стабильнаго тока наблюдается даже при центральныхъ (мозговыхъ церебральныхъ или спинныхъ) параличахъ, а именно тогда, когда Ка локализованъ въ области парализованнаго нерва, или нервнаго сплетенія (R. Remak<sup>24</sup>). Слѣдовательно, при соответствующихъ обстоятельствахъ, а особенно при точномъ эмпирическомъ размѣреніи цѣлесообразной густоты тока, и стабильный токъ обладаетъ антипаралитическимъ дѣй-

ствіемъ, хотя вообще это вліяніе лучше производится лѣбильнымъ воздѣйствіемъ.

Обыкновенное дѣйствіе стабильнаго тока бываетъ успокаивающее въ томъ случаѣ, когда дифферентнымъ полюсомъ является  $A_n$ , и всякое раздражающее дѣйствіе избѣгается посредствомъ осторожнаго постепеннаго замыканія, даже, если нужно, съ помощью реостата. Если приложить  $A_n$  къ мѣсту, чувствительному ко всякому прикосновенію и нажиму, при ревматическомъ и травматическомъ воспаленіи, напр. при плечевомъ ревматизмѣ, и продержатъ его нѣкоторое время на этомъ мѣстѣ, разумѣется, съ достаточной плоскостью прикосновенія,—то, вмѣстѣ съ исчезновеніемъ самостоятельной боли, пропадаетъ и боль отъ нажима, обыкновенно только на нѣсколько часовъ,—въ легкихъ же случаяхъ окончательно (R. Remak<sup>9</sup>). Это мѣстное, утоляющее боль, дѣйствіе, за которымъ, обыкновенно, слѣдуетъ непосредственное улучшеніе подвижности, можетъ быть достигнуто и безъ непосредственнаго приложенія къ этимъ болѣзненнымъ мѣстамъ, а именно, при дѣйстви на нервный стволъ, содержащій данныя чувствительныя волокна, стабильнаго вліянія  $A_n$ , не слишкомъ сильнаго тока (минуть на пять—R. Remak<sup>24</sup>). Послѣ долгаго стабильнаго воздѣйствія  $A_n$  на нервный стволъ или plexus, можетъ, даже и при фізіологическомъ состояніи, остаться тупое ощущеніе, иногда до слѣдующаго дня (R. Remak<sup>9</sup>), при чомъ оно быстро уничтожается слабымъ дѣйствіемъ  $K_a$  въ теченіе нѣкотораго времени. Не только при боляхъ, но и при парестезіяхъ, напр. пальцевъ, мнѣ удавалось устранить ненормальное ощущеніе (ползанья мурашекъ, холода и проч.) посредствомъ слабаго (обыкновенно 3—4 М. А. при 20 кв. ст. электрода), отмѣриваемаго по гальванометру, стабильнаго воздѣйствія  $A_n$  на plexus supraclavicularis, непременно въ области пораженнаго нервнаго ствола; между тѣмъ дѣйствіемъ  $K_a$  или черезъ чуръ сильнымъ дѣйствіемъ  $A_n$  вышеназванныя ощущенія нерѣдко усиливались. Утоляющее боль дѣйствіе  $A_n$ , при слабомъ токѣ, яснѣе всего выступаетъ (R. Remak<sup>24</sup>) въ случаяхъ тяжкихъ невралгій, напр. trigemini (Berger<sup>25</sup>, M. Meyer<sup>6</sup> и W. Mitchel<sup>26</sup>), въ этихъ случаяхъ неосто-

рожное примѣненіе вызываетъ непремѣнное ухудшеніе, тогда какъ стабильное примѣненіе An на болевья точки или выше ихъ на fossa auriculo-maxillaris, при совершенно слабомъ токѣ (0,5—1,5 м. при 10 к. ст.) и осторожномъ замыканіи, уничтожали боль, хотя только на нѣсколько часовъ. Это антиневралгическое дѣйствіе (R. Remak<sup>9</sup>, Eulenburg<sup>13</sup> и др.) совершенно согласуется съ извѣстнымъ со временъ Brenner'a<sup>11</sup> депримирующимъ дѣйствіемъ An на субъективный шумъ въ ушахъ въ случаяхъ хроническаго катарра средняго уха и страданія лабиринта, наилучше достигаемымъ при внѣшнемъ приложеніи на tragus. Въ этихъ случаяхъ позитивное колебаніе Ka и негативное колебаніе An часто усиливаютъ шумъ, тогда какъ негативное колебаніе Ka и позитивное An, а въ тяжкихъ случаяхъ AnD уже при 0,1 до 0,2 М. А. (10 к. ст. электрода) уменьшаютъ шумъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при осторожномъ замыканіи, дѣйствіе AnD такъ фиксируется, что послѣ повторныхъ сеансовъ достигается уменьшеніе или отстраненіе субъективныхъ шумовъ (Bettelheim<sup>27</sup>, Hagen<sup>28</sup>, Moos<sup>29</sup>, Hedinger<sup>30</sup>, Erb<sup>31</sup>, Nefstel<sup>32</sup>). Въ случаяхъ жужжанія въ ушахъ при хроническомъ катаррѣ средняго уха, когда, при обыкновенно примѣняемой силѣ тока, реакція п. acustici не являлась, мнѣ удавалось значительно ослабить субъективный шумъ въ ушахъ посредствомъ полного стабильнаго воздѣйствія An при весьма осторожномъ электрическомъ отмѣриваніи силы тока (отъ 1 до 5 М. А. при 10 к. ст. электрода), — въ этихъ случаяхъ въ продолженіи сеанса нерѣдко оказываютъ дѣйствіе все болѣе и болѣе слабые токи, чѣмъ объясняется возможность замыканія безъ возобновленія усиленія шума. Посредствомъ такого леченія, правильнаго и послѣдовательнаго, мнѣ нерѣдко удавалось достигать продолжительнаго ослабленія субъективныхъ шумовъ.

Подобное же успокаивающее дѣйствіе An имѣетъ иногда при мѣстныхъ судоргахъ и спазмахъ, особенно если послѣдніе рефлекторны, посредствомъ воздѣйствія на болевья точки (антиспастическое дѣйствіе) напр. при судоргахъ лицевыхъ мускуловъ (R. Remak<sup>36</sup>, M. Meyer<sup>6</sup>, Möbius<sup>34</sup>), судоргѣ нижней челюсти (Gerhardt<sup>35</sup>), судоргѣ шейныхъ муску-

ловъ (судорга n. accessorii—R. Remak<sup>36</sup>, M. Mayer<sup>37</sup> и <sup>38</sup> E. Remak<sup>38</sup>), хотя во всѣхъ этихъ случаяхъ успѣхи довольно непостоянны. Такое же дѣйствіе нерѣдко достигается при общихъ нейрозахъ, напр. хорея (Rosenbach<sup>39</sup> и др.), рефлекторно посредствомъ воздѣйствія на болевые точки. Ан съ успѣхомъ примѣнялся на моторные нервы и мускулы при тетанусѣ (Mendel<sup>40</sup>) и при тетаніи (Erb<sup>17</sup> и др).

Здѣсь слѣдуетъ рѣшить вопросъ: нужно ли придерживаться при терапевтическомъ пользованіи направленія тока, или полярнаго метода? R. Remak совершенно несправедливо представляется какъ бы главой тѣхъ авторовъ, которые возлагаютъ всѣ свои надежды въ гальванотерапіи только на направленіе тока. Онъ говоритъ, по тогдашнимъ воззрѣніямъ, о восходящемъ токѣ, но тѣмъ не менѣе совершенно опредѣленно дифференцируетъ различное дѣйствіе полюсовъ,—такъ какъ онъ сравнивалъ „униполярное примѣненіе положительнаго полюса“ при любомъ положеніи второго электрода съ дѣйствіемъ нисходящаго тока, и „униполярное примѣненіе отрицательнаго полюса“ при произвольномъ положеніи другого электрода—съ восходящимъ токомъ (R. Remak<sup>23</sup> и <sup>24</sup>). Конечно въ физическихъ условіяхъ живого человѣка болѣе удобно, какъ въ терапіи, такъ и въ діагностикѣ, соотножаться главнымъ образомъ, съ полярнымъ дѣйствіемъ, такъ какъ петли тока, наблюдаемыя въ соединительной линіи электродовъ, вдали отъ мѣста приложенія, хотя и имѣютъ соотвѣтственное направленіе тока, но вмѣстѣ съ тѣмъ представляютъ весьма незначительную густоту. Полярный методъ леченія имѣетъ для терапіи то неоцѣненное преимущество, что позволяетъ локализовать дифферентный полюсъ, по наивозможно точному анатомическому діагнозу, на *locus morbi*, для того, чтобы онъ подвергся наибольшей густотѣ тока. Если необходимо подвергнуть воздѣйствію соотвѣтственной густоты тока дифферентнаго полюса большіе участки нерва, или спинного мозга, то дифферентный полюсъ долженъ быть снабженъ соотвѣтственной формы электродомъ (v. Ziemssen<sup>8</sup>) и слѣдовательно для достиженія необходимой густоты слѣдуетъ употребить заранѣе расчи-

танную значительную силу тока и проходить электродомъ по всѣму назначенному мѣсту, входящему въ данную область. Этотъ способъ соединяется съ лабильнымъ методомъ, когда требуется одновременно получить быстрыя колебанія густоты съ раздражающимъ воздѣйствіемъ; положеніе второго электрода, индифферентнаго, наиболѣе выгодно въ томъ случаѣ, когда петли тока достигаютъ наибольшей глубины, напр. на противоположной сторонѣ конечности. При особенныхъ условіяхъ, второй полюсъ можетъ служить и какъ дифференціальныи и примѣняться особенно при леченіи болевыхъ пунктовъ. Во избѣжаніе, случающихся при невралгіяхъ, невралгическаго трансферта (переводъ невралгіи на другую сторону), Nefstel<sup>44</sup> въ послѣднее время предложилъ симметрически полярный методъ — Ка ставитъ на симметрическое мѣсто здоровой стороны, а Ап на пораженное.

Слѣдовательно, въ извѣстныхъ случаяхъ (особенно при нейралгіяхъ, мѣстныхъ конвульсіяхъ, параличахъ и анестезіяхъ) выборъ полюса имѣетъ несомнѣнно важное значеніе. Но при этомъ необходимо замѣтить, что весьма часто, между прочимъ при центральной гальванизации головного и спинного мозга, не замѣчается разницы терапевтическаго дѣйствія того или другого полюса, такимъ образомъ ни въ какомъ случаѣ всѣ цѣлебныя дѣйствія гальваническаго тока не зависятъ только отъ направленія. Это въ особенности относится къ разлагающему или резорбирующему дѣйствію гальваническаго тока, которое вытекаетъ изъ терапевтическихъ успѣховъ повторныхъ гальваническихъ леченій гиперемическихъ, воспалительныхъ и эксудативныхъ состояній лимфатическихъ железъ, мускуловъ, сухожилій, сочлененій, періоста, нервныхъ оболочекъ и нервовъ, головного и спинного мозга, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ и здѣсь направленіе тока бываетъ не безразлично. По R. Remak'у<sup>5</sup>, тутъ имѣютъ значеніе различныя сложныя свойства гальваническаго тока, совокупность которыхъ опредѣляется однимъ названіемъ — каталитическое дѣйствіе, а именно: 1, электролитическое, 2. физическое (катафорическое) и 3. вазомоторное.

1. Такъ какъ послѣ долгаго стабильнаго воздѣйств-



вія гальваніческого тока на кожу, на Ка наблюдается щелочная, а на Ап кислая реакція (v. Ziemssen<sup>8</sup>), то слѣдуетъ признать нѣкоторое химическое дѣйствіе тока на насыщенное, содержащими соль жидкостями, человеческое тѣло, которое быть можетъ и проявляется процессомъ разложенія.

2. Весьма вѣроятно, что извѣстное катафорическое дѣйствіе гальваніческого тока—способность проводить жидкость сквозь пористыя стѣнки отъ Ап къ Ка—происходитъ и въ живомъ тѣлѣ. Для введенія медикаментовъ (стрихнинъ у животныхъ, іодистый калий и хининъ у людей) оно вполне доказано (v. Bruns<sup>45</sup> и Н. Munk<sup>46</sup>). R. Remak<sup>9</sup>, на основаніи катафорическихъ дѣйствій, строитъ каталитическій методъ, по которому положительный полюсъ всегда примѣняется съ антифлогистическою цѣлью, тогда какъ Ка, при такъ называемыхъ имъ круговыхъ токахъ, постепенно кругообразно прикладывается къ различнымъ мѣстамъ. Но и Remak допускаетъ, что хорошее дѣйствіе Ап, быть можетъ, зависитъ только отъ его болеутоляющихъ свойствъ. Возможно, что благотворное дѣйствіе гальваніческого тока опредѣленнаго направленія на параличи отъ компрессіи, преимущественно, зависитъ отъ теченія жидкости, проведенной въ нервъ токомъ, а, слѣдовательно, для болѣе тонкихъ каталитическихъ цѣлей направление тока быть можетъ имѣетъ значеніе.

3. Главное терапевтическое значеніе гальваніческого тока состоитъ въ фізіологическомъ дѣйствіи его на кровеносные и лимфатическіе сосуды, при чемъ на кожѣ оно проявляется краснотою и расширеніемъ сосудовъ, послѣ предшествующаго суженія, доходящихъ до образованія серознаго выпота и эшары. Несомнѣнно также, что это дѣйствіе его проявляется и на частяхъ, лежащихъ подъ кожей, до которыхъ оно достигаетъ въ достаточной густотѣ. Имѣютъ ли оба полюса дѣйствіе различное, или, что болѣе вѣроятно, только количественное отличное дѣйствіе (Ziemseen<sup>8</sup>),—это требуетъ точныхъ доказательствъ. Во всякомъ случаѣ увеличенный притокъ крови и лимфы, обусловленный расширеніемъ сосудовъ, способствуетъ всасыванію, особенно подкожныхъ и хроническихъ эксудатовъ. Для такого дѣйствія, повидимому, требуется зна-

чительная густота тока и благопріятная проводимость при широкихъ электродахъ.

Каталитическое дѣйствіе кожного примѣненія гальваническаго тока, со временъ Remak'a, принято всѣми электротерапевтами, которые вмѣстѣ съ тѣмъ расширили кругъ дѣйствія его. Дѣйствіе это требуетъ однако болѣе точнаго изученія и рѣзче всего оно проявляется при не нервныхъ страданіяхъ, такъ при разложеніи опухолей железъ (R. Remak<sup>9</sup> Willhelm<sup>47</sup>), небольшихъ бубонахъ (Chwostek<sup>48</sup>), бленорейномъ и травматическомъ воспаленіи *testiculorum*, гипертрофій *prostatæ* (Cleron и Moreau-Wolff<sup>49</sup>), *struma* (R. Remak<sup>9</sup>, Chwostek<sup>50</sup>, v. Bruns<sup>45</sup>, M. Meyer<sup>6</sup>), твердыхъ рубцахъ и періостозѣ послѣ сръльныхъ поражений (M. Meyer<sup>51</sup>), помутненій стекловиднаго тѣла (J. Carnus<sup>52</sup>, Boucheron<sup>53</sup>, Giroud-Jenlon<sup>54</sup>, Little<sup>55</sup>), неподвижности сочлененій послѣ мускульныхъ поражений (Cleron<sup>49</sup>), катарактахъ (Nef-tel<sup>56</sup>), — успѣхи при помутненіи стекловиднаго тѣла и катарактѣ оспариваются (Knapp<sup>57</sup>, Hirschberg<sup>58</sup>). — При основанномъ R. Remak'омъ<sup>9</sup> прямомъ гальваническомъ леченіи ревматизма мускуловъ и сочлененій труднѣе отдѣлить одно отъ другого дѣйствія каталитическое и болеутоляющее, которые обыкновенно другъ друга дополняютъ. Сюда же слѣдуетъ отнести уничтоженіе ревматическихъ контрактуръ и псевдо-анкилозовъ (R. Remak<sup>9</sup>), для чего M. Meyer<sup>59</sup> особенно рекомендовалъ альтернативу Вольта. При *arthritis deformans* также наблюдались благопріятные результаты непосредственно отъ гальваническаго леченія; особенно по отношенію къ болямъ (Cheron<sup>60</sup>, Althaus<sup>61</sup>). Я самъ видѣлъ прекрасные результаты мѣстнаго пользованія гальваническимъ токомъ при монартикулярномъ подостромъ и хроническомъ ревматизмѣ. Пока имѣются самостоятельныя боли, больнымъ не переносятся сильные лябильные токи и Вольтовскія альтернативы отъ 10 до 15 М. А., хотя они болѣе дѣйствительны для резорпціи, и поэтому слѣдуетъ употреблять стабильный токъ средней силы (6—8 М. А. при 20 к. ст. электрода), благотвительно дѣйствующій на боли и подвижность сочлененій. Терапевтическіе успѣхи гальваническаго тока при функціональныхъ и

органическихъ нервныхъ болѣзняхъ приписываются главнымъ образомъ его каталитическому дѣйствію. Надежда, ускорить регенеративный процессъ моторныхъ нервовъ при тяжкихъ периферическихъ параличахъ, посредствомъ каталитическаго воздѣйствія, не оправдалась по безпристрастнымъ сравнительнымъ наблюденіямъ, при которыхъ пользовались гальванизмомъ и другими способами. Осторожное стабильное и легкое лябильное пользованіе Ка нервовъ, въ особенности пораженныхъ мѣстъ, и мускуловъ въ регенеративномъ стадіи, должно бы ускорить функціональное излеченіе, особенно въ такъ называемой средней формѣ паралича. Наблюденія независимости функціональной проводимости моторныхъ нервовъ отъ ихъ способности воспринимать электрическое возбужденіе должно было бы усилить терапевтическую заботу объ обнаруженіи первой, что, по наблюденіямъ М. Meyer'a <sup>62</sup> и моимъ собственнымъ опытамъ, достигается быстрѣе, чѣмъ ожидаешь, напр. при параличахъ п. *facialis* при помощи непосредственнаго воздѣйствія на мѣсто выхода этого нерва. Весьма сомнительно—имѣютъ ли значительный терапевтическій эффектъ паталогическія сокращенія реакціи перерожденія при лябильной гальванизации патолого-анатомически измѣненныхъ мускуловъ. Блестящіе результаты, полученные R. Remak'омъ <sup>63</sup> при гальваническомъ пользованіи *perineuritis* и *neuritis*, многократно подтверждали Leyden <sup>64</sup>, M. Meyer <sup>6</sup>, Althaus <sup>65</sup>, Erb <sup>66</sup> и <sup>17</sup>, F. R. Fischer <sup>67</sup>, Panas <sup>68</sup> и др. Въ этихъ случаяхъ употребляютъ стабильное пользованіе An, вслѣдствіе его болеутоляющаго дѣйствія, при чомъ узловыя опухоли нервныхъ оболочекъ при *perineuritis nodosa* постепенно расходятся (R. Remak <sup>63</sup>). По подтвержденнымъ мною наблюденіямъ открытій R. Remak'a, *perineuritis nodosa* часто появляется въ видѣ вторичнаго *perineuritis ascendens*, какъ слѣдствіе ревматическихъ или травматическихъ воспаленій сочлененій. Въ этихъ случаяхъ гальваническое леченіе прекрасно дѣйствуетъ на приводящіе болевые нервы, напр. при воспаленіи плечевого сплетенія *plexus supraclavicularis*, устраняетъ боли и вызываетъ активную подвижность. Такъ какъ въ основѣ невралгій часто лежатъ органическіе раздражающіе моменты весьма различной ло-

кализации (кости, періостъ, соединительная ткань покрововъ), то исцѣляющее дѣйствіе примѣненія Ап на болевые пункты, напр. при Ischias, главнымъ образомъ основано на каталитическихъ свойствахъ (R. Remak<sup>9</sup>). Тоже можно сказать о лечебномъ дѣйствіи Ап на болевые пункты или на болевые мѣста, найденныя посредствомъ электрическаго изслѣдованія, особенно въ области позвоночника, а именно на *processus transversus* шейныхъ позвонковъ, на которыхъ, въ иныхъ случаяхъ, являются опухоли (R. Remak<sup>69</sup>, Braun<sup>70</sup>),—а также въ случаяхъ нейралгій, спазмовъ, (судорга личныхъ мускуловъ, судорга писцовъ и т. д.) и различныхъ нейрозовъ (хорея, спинномозговая ирритация, эпилепсія—R. Remak<sup>39-69</sup>, Onimus и Legros<sup>71</sup>, M. Meyer<sup>72</sup>, Rosenbach<sup>39</sup>, E. Remak<sup>38</sup>, Seifert<sup>73</sup>), также при рефлекторной амблиопіи травматическаго происхожденія (Leber<sup>74</sup>). Въ единичныхъ случаяхъ при терапевтическомъ успѣхѣ трудно разграничить—насколько ихъ слѣдуетъ приписать каталитическому или измѣняющему дѣйствію гальваническаго тока. Многократно утверждаемый терапевтическій успѣхъ катодной гальванизации глазницы при атрофіи зрительнаго нерва (Onimus<sup>71</sup>, Driver<sup>75</sup>, Fraser<sup>76</sup>, Dog<sup>77</sup> и Erb<sup>17</sup>) можетъ только отчасти быть приписанъ освѣжающему дѣйствію,—главнымъ же образомъ непосредственному каталитическому дѣйствію тока на атрофическія нервныя волокна. Успѣхъ такой катодной гальванизации въ этомъ случаѣ еще не подтвержденъ мною,—во всякомъ разѣ можно совѣтовать его употребленіе, только при слабой силѣ тока (1—3 М. А. при 10 к. ст. электрода).

Еще совершенно не выяснено, производитъ ли вліяніе на нервы вазомоторное воздѣйствіе прямой каталитической гальванизации. Опытъ показываетъ, что стабильная, а еще болѣе лабильная, гальванизация нервныхъ стволовъ улучшаетъ условія питанія мускуловъ, управляемыхъ этими нервными стволами, путемъ увеличенія ихъ объема (на лягушкѣ это наблюдается въ видѣ расширенія мускульныхъ сосудовъ),—тоже относится и къ сочлененіямъ,—поэтому она излѣчиваетъ опухоли сочлененій безъ непосредственнаго на нихъ воздѣйствія. На этомъ основаніи R. Remak<sup>9-24</sup> призналъ посредственное каталитическое дѣйствіе

чай дѣтской спазмодической гемиплегіи травматическаго происхожденія, 104.—*D-r Mathicu*, Случай табетической діарреи, 104.—*D-r Constans*, Директоръ, или директоръ-врачъ?, 104.—*D-r Crothers*, Нейрастенія, какъ причина пьянства, 105.—*D-r Crothers*, Наслѣдственность и пьянство, 106.—*D-r Crothers*, Состояніе бреда въ пьянствѣ, 107.—*D-r Crothers*, Пьяницы маниаки, 108.—*D-r Hughes*, Истинная природа и опредѣленіе душевной болѣзни, 109.—*D-r Savage*, Сифилисъ и отношеніе его къ сумашествію, 110.—*Prof. Spitzka*, Душевные болѣзни, ихъ классификація, діагнозъ и лечение, 111.—*D-r Shuttleworth*, Идіотія и тупоуміе, вслѣдствіе гeredитарнаго сифилиса, 111.—*D-r Wigglesworth*, О геморрагіяхъ и ложныхъ перепонкахъ церебральныхъ субдуральныхъ щелей въ различныхъ случаяхъ сумашествія, 112.—*D-r Lett*, Лечение пьянства, 112.—*D-r Wigglesworth*, Случай сумашествія, ассоціированнаго острымъ сифилисомъ, 113.—*D-r Beard*, Существуютъ ли пьяницы автоматы, 113.—*Horsley*, Наблюденія въ области пьянства, 114.—*Ficher*, Пьяницы въ домахъ умалишенныхъ, 115.—*D-r Mann*, Алкогольная нейрастенія, 116.—*D-r Beach*, Случай идіотіи и тупоумія, вслѣдствіе гeredитарнаго сифилиса, 117.—*D-r Cowles*, Необходимость реформы служебнаго персонала при домахъ умалишенныхъ, 117.—*D-r Butler*, Лечение помѣшательства и индивидуализація въ леченіи помѣшанныхъ, 118.—*D-r Russel*, Опійное пьянство, 118.—*D-r Wise*, Призрѣніе хроническихъ сумашедшихъ, 119.—*D-r Farnham*, Маточныя страданія какъ факторъ продукціи сумашествія, 120.—*D-r Palmer*, Колоніальная система призрѣнія душевно-больныхъ, 120.—*D-r Löwenfeld*, О колебаніяхъ въ развитіи мозговыхъ сосудовъ и ихъ значеніи въ фізіологическомъ и патологическомъ отношеніяхъ, 121.—*Prof. Mendel*, О Jackson'овской эпилепсіи и психозахъ, 121.—*Prof. Hönen*, Гистологическія измѣненія въ периферическихъ нервахъ, спинныхъ узлахъ и спинномъ мозгу, вслѣдствіе ампутаціи, 122.—*Prof. Binswanger*, Объ отношеніи нравственнаго помѣшательства къ наслѣдственнымъ дегенеративнымъ душевнымъ разстройствамъ, 124.—*D-r Stephan*, Къ генезу интенціоннаго тремора, 124.—*Д-ръ Луницъ*, О пораженіяхъ нервной системы послѣ острыхъ инфекціонныхъ процессовъ, 125.—*D-r Leven*, Объ отношеніяхъ нервной системы къ питанію тѣла, 126.—*D-r Dörschlag*, Сообщение къ пурперальнымъ психозамъ, 126.—*D-r Bartel*, Сообщение къ ученію о менструальномъ сумашествіи, 126.—*D-r Möbius*, О понятіи „истерія“, 126.—*D-r Zacher*, Случай гeredитарной хореи взрослыхъ, 127.—*Ball*, Эротическое умопомѣшательство, 127.—**Смѣсь**, 131.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной  
психопатологіи“,

Харьковъ, Михайловская площ., домъ фонъ-Галлера,

можно имѣть слѣдующія книги:

**Проф. П. И. Ковалевскій**, *Основы механизма душевной дѣятельности*. Изд. 2-е исправленное и дополненное. 1887. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи*. 1887 г. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. Первый томъ — общая психопатологія, второй томъ — специальная психіатрія. Ц. 4 р. Изд. 3-е, 1887.

*Судебно-психіатрическіе анализы* (для медиковъ и юристовъ) 2 т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

*Первичное помышательство* (для медиковъ и юристовъ) Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Winternitz**, *Гидротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 25 коп.

**Dr. Cullerre**, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатовъ*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Scholz**, *Діететика духа*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакціей профес. П. И. Ковалевскаго. 1888 годъ. Ц. 1 руб. 50 коп.

**Remak**, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редак. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

**Prof. Charcot**, *Лекціи по нервнымъ болезнямъ*. Пер. съ французскаго языка подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 Ц. 1 р.

**Richet**, *Истерио-эпилепсія и гипнотизмъ*. Пер. подъ ред. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. 1886 г. Ц. 5 р.

**Prof. Gowers**, *Болезни головного мозга*. Пер. А. А. Говсѣева,

подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr. Ireland**, *Психозы въ исторіи*. Переводъ М. С. Буба, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1887. Ц. 1 р.

**H. Obersteiner**, *Гипнотизмъ*. Пер. съ нѣмецкаго языка подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1887 г. Ц. 50 к.

**Ball**, *Эротическое умопомѣшательство*. Пер. А. А. Яковлева. 1888. г. Ц. 30 к.

**Dr. Löwenfeld**, *Современный методъ леченія неврастени и истеріи*. Перев. Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 Ц. 1 р.

**Thudichum**, *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. 1886 г. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen**, *О разстройствахъ ассоціацій*. Пер. М. Е. Ліона. 1885 г. Ц. 1 р.

**Byrom Bramwell**, *Болезни спинного мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 5 р.

**Hammond**, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣева, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Ultzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, поллюціяхъ и друг. 1886. Ц. 2 р.

**Meynert**, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 3 р.

**М. А. Шульгинъ**, *Схема прохода волоконъ въ cerebro-спинальной системѣ человека*. 1884 г. Ц. 1 р.

**И. Я. Платоновъ**, *Правила для служащихъ при домѣ умалишенныхъ*. 1883 г. Ц. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступ. отъ 20 до 50%.



Годъ шестой.

1888.

Томъ XI—№ 3.

# АРХИВЪ ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ И СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,  
проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ (Петербургъ), Э. И. Андрузскій (Одесса), Д. Д. Ахшарумовъ (Полтава), М. А. Аше (Петербургъ), Н. Н. Баженовъ (Рязань), проф. В. М. Бехтеревъ (Казань), Брейтманъ (Парижъ), В. П. Бобровский (Харьковъ), В. А. Брянцовъ (Иркутскъ), С. А. Бѣляковъ (Петербургъ), Я. А. Боткинъ (Москва), М. С. Буба (Смоленскъ), Н. А. Бухаловъ (Казань), П. А. Винторовскій (Варшава), Я. В. Гиршонъ (Курскъ), З. В. Гутниковъ (Харьковъ), А. А. Говстевъ (Екатеринославъ), В. О. Галенко (Умань), А. Р. Грунау (Екатеринославъ), Я. А. Давидовъ (Харьковъ), А. П. Драгомановъ (Харьковъ), Д. А. Дриль (Москва), В. Х. Нандинскій (Петербургъ), Н. Н. Ковалевская (Харьковъ), С. С. Корсаковъ (Москва), Е. И. Компанѣйская - Коваленская (Петербургъ), Д. В. Кулявскій (Могилевъ), М. Е. Ліонъ (Одесса), В. В. Лесевичъ (Тверь), Н. А. Миславскій (Казань), Н. И. Мухинъ (Харьковъ), И. Я. Платоновъ (Харьковъ), Н. М. Поповъ (Петербургъ), Г. И. Раевскій (Симферополь), М. И. Рудовъ (Новочеркасскъ), В. Сербскій (Тамбовъ), М. П. Симоновичъ (Одесса), С. Н. Совѣтовъ (Владиміръ), К. П. Сулима (Ямполь), А. А. Токарскій (Москва), А. Толоконниковъ (Ярославъ), П. А. Троицкій (Варшава), В. Д. Троновъ (Нижній-Новгородъ), В. Ф. Чижъ (Петербургъ), І. Б. Шергандъ (Орель), А. Г. Штейнбергъ (Варшава), С. И. Штейнбергъ (Саратовъ), М. А. Шульгинъ (Heidelberg), Н. И. Щербининъ (Харьковъ), А. А. Яковлевъ (Харьковъ) и др.

ХАРЬКОВЪ,

Контора редакціи: Михайловская площ., № 18.

Типографія М. Ф. Зильберберга.

## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Д-ръ А. А. Токарскій, Гипнотизмъ и внушеніе . . . . .	1
Д-ръ В. Д. Троновъ, Эпилепсія . . . . .	41
Д-ръ Врейтманъ, Репресивныя мѣры во французскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ . . . . .	46
Prof. Remak, Электротерапія . . . . .	17
D-r Löwenfeld, Современный способъ леченія истеріи . . . . .	49
<b>Библиографія:</b> Проф. В. М. Бехтерева, О центральныхъ окончаніяхъ блуждающаго нерва и о составѣ волоконъ такъ называемаго одиночнаго пучка продолговатаго мозга, 65.—Д-ръ П. М. Атрократовъ, О вліяніи вырѣзыванія щитовидной железы на центральную нервную систему, 65.—Д-ръ Гороздина-Розенштейнъ, Круговое помѣшательство съ исходомъ въ выздоровленіе, 66.—Д-ръ Шрейберъ, О зависимости вкусовыхъ ощущеній отъ территорій вкусоваго органа и температуры вкусовыхъ веществъ, 66.—Д-ръ Давыдовъ, Къ симптоматологіи сотрясенія мозга, 69.—Prof. Sergi, Изслѣдованія въ области экспериментальной психологіи, 69.—D-tt Frigerio, Наблюденіе о локализациі чувства обонянія, 70.—D-tt Rezzonico, Патологоанатомическія наблюденія въ области прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, 70.—D-tt Sighicelli, Паралитическое слабоуміе у тупоумнаго субъекта, 71.—Prof. Charcot et Paul Richet, Новая иконографія Сальпетріерской клиники болѣзней нервной системы, 71.—D-r Baillarger, Аналогія симптомовъ неалкогольнаго паралича и общаго паралича, 72.—D-r Dinga, Наслѣдственность инстинкта, страсти и чувства, 73.—D-r Meilhon, Мегаломанія, 73.—D-r Tissie, Душевно-больные бродяги, 74.—D-r Ch. Féré, О состояніи силъ у эпилептиковъ, 75.—D-r Ygouf, О паралическомъ бѣшенствѣ, 75.—D-r Lepointe, Семья, члены которой одновременно поражены демономаніей, 76.—D-r Bataille, Травматизмъ п нейронатія, 77.—D-r Belle et Lemoine, Леченіе меланхоліи съ тоской, 77.—D-r Guillemin, Къ ученію объ алкогольной истеріи, 78.—D-r Crothers, Научное изслѣдованіе пьяницъ преступниковъ, 78.—D-r Hughes, Состояніе опьяненія въ нашихъ судахъ, 79.—Prof. Cowles, Насильственные и фиксированныя идеи, 79.—D-r Clark Bell, Судебная медицина пьянства, 83.—D-r Kerr, Леченіе пьянства у женщинъ, 84.—D-r Hack Tuke, Сумашествіе въ двоемъ, 84.—D-r Clark Bell, Умопомѣшательство и уходъ за умопомѣшанными, 85.—D-r Crothers, Лечебницы для пьяницъ, 86.—D-r Crothers, Разстройства причиняемыя пьянствомъ и ихъ социально-научное значеніе, 89.—D-r Crothers, Нѣкоторыя послѣдственныя психическія явленія при пьянствѣ 91.—D-r Buttholph, Защѣтки объ организаціи и управленіи госпиталими и пріютами для душевно-боль-	



## Редакціей получены слѣдующія книги:

Д-ръ Н. Н. Баженовъ, Медико-хозяйственный отчетъ по Рязанской психіатрической больницѣ.—*Prof. N. Kowalewsky*, Ueber das Verhalten der morphologischen Bestandtheile der Lymphe und des Blutes zu Methylenblau.—Протоколы засѣданій Кіевскихъ врачей за 1885—86 г.—Приложенія къ протоколамъ засѣданій общества Кіевскихъ врачей.—Д-ръ А. И. Смирновъ, Къ вопросу о микроорганизмахъ сифилиса. Микроскопическое изслѣдованіе жидкихъ и плотныхъ сифилитическихъ продуктовъ.—Д-ръ М. И. Перфильевъ, О нѣкоторыхъ новшествахъ въ практической медицинѣ.—Д-ръ Д. Д. Ахиа-румовъ, Птомаины. Историческій очеркъ.—*Проф. А. С. Лебедевъ*, Историческія розысканія въ южно-русскихъ архивахъ.—*Проф. А. С. Лебедевъ*, О брачныхъ разводахъ по архивнымъ документамъ.—*Dr Brosius*, Heilanstalten für Nerven-krankte Bendorf a Rhein. Nach 25 jährigen Bestande.—*Prof. Emile Acolas*, Les délits et les peines.—*Prof. Mario Panizza*, La fisiologia del sistema nervoso e i fatti psichici.—Ball, Эротическое умонѣшательство, перев. А. А. Яковлева.—*Проф. В. Ф. Чижъ*, Отчетъ о С.-Петербургской городской больницѣ Св. Пантелеймона.—Труды общества русскихъ врачей въ Москвѣ за 1886.—Труды общества русскихъ врачей въ Москвѣ № 7, 1888.—Труды общества русскихъ врачей въ Москвѣ, 1887, № 8.—*Dr Ygouf*, Dela rage paralytique.—*Dr Bataille*, Traumatisme et Néuropathie.—*Dr Crothers*, Cerebral Trance, or loss of Consciousness and Memory in Inebriety.—*Dr Crothers*, Inebriate Maniacs.—*Prof. Cowles*, Insistent and Fixed Ideas.—*Dr М. Ф. Поповъ*, Хлѣбъ.—*Dr М. Ф. Поповъ*, Физическія условія жизни на сѣверѣ.—*Проф. Шилтовъ*, Къ вопросу объ инерваціи гортани.—*Проф. Шилтовъ*, О температурѣ въ воспаленіи грудной плевры.—*Проф. Шилтовъ*, Практическое руководство къ ларингоскопін животныхъ.—*Проф. Траппъ*, Первая пособія при отравленіи съ указаніемъ на противоядія.—Д. А. Врачебный калейдоскопъ.—*Dr D'Abundo*, Paralisi generale progressiva. L'andatura ed i riflessi rotulei studiati in rapporto colle lesioni degli sciatici e della midolla spinale.—Медицинскій сборникъ Кавказскаго медицинскаго общества № 17.—*Проф. В. М. Бехтеревъ*, Къ вопросу о составныхъ частяхъ заднихъ столбовъ спинного мозга.—О центральныхъ окончаніяхъ блуждающаго нерва и о составѣ волоконъ такъ называемаго одиночнаго пучка продол-

говатаго мозга.—*Dr А. И. Дюмидовъ*, О нѣкоторыхъ микрохимическихъ и физическихъ свойствахъ такъ называемаго хромолептического вещества авторовъ.—Годовой отчетъ Владимирской губернской земской больницы за 1887 г.—Протоколы засѣданій общества Киевскихъ врачей за 1885—86 гг.—Приложенія къ протоколамъ засѣданій общества Киевскихъ врачей за 1885—86 гг.—*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière clinique des maladies du système nerveux*, № 1.—*Dr Scholz*, Schlaf und Traum.—Протоколы общества Архангельскихъ врачей, вып. II.

Въ теченіи 1887 г. Архивъ психіатріи обмѣнивался съ слѣдующими медицинскими изданіями: Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней,—Зубоврачебный Вѣстникъ,—Военно-медицинскій журналъ,—Вѣстникъ судебной медицины,—Медико-педагогическій Вѣстникъ,—Еженедѣльная клиническая газета,—Русская Медицина,—Вѣстникъ Офтальмологін,—Международная клиника,—Хирургическая Лѣтопись,—Юридическій Вѣстникъ,—Журналъ гражданскаго и уголовного права,—Вѣстникъ Европы,—Сѣверный Вѣстникъ,—Русское Богатство,—Недѣля,—Русскія Вѣдомости,—Минута,—Правительственный Вѣстникъ,—Русскій Курьеръ,—Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ,—Протоколы общества русскихъ врачей въ Москвѣ,—Протоколы общества военныхъ врачей въ Москвѣ,—Протоколы общества естествоиспытателей въ Киевѣ,—Протоколы общества казанскихъ врачей.—Протоколы общества охраненія народнаго здравія,—Протоколы Кавказскаго медицинскаго общества,—Протоколы Пятигорскаго бальнеологическаго общества,—Протоколы Иркутскаго медицинскаго общества,—Протоколы общества Архангельскихъ врачей,—Протоколы общества Тимковскихъ врачей. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*,—*Jahrbücher für Psychiatrie*,—*Allgemein. Zeitschrift für Psychiatrie*,—*Centralblatt für Nervenheilkunde* etc.,—*Neurologisches Centralblatt*,—*Rivista sperimentale di Freniatria*,—*La Psychiatria*,—*Archivio di Psychiatria*,—*Giornale di Neuropatologia*,—*Archive de Neurologie*,—*Le Progres medical*,—*L'Encephale*,—*Annal. medico-psychologiq.*—*Bulletin société psychologique Belgique*,—*The Brain*,—*The Journal of mental science*,—*The Journal of Nervous and mental Disease*,—*The Quarterly Journal of Inebriety*,—*The Alienist and Neurologist*,—*American Journal of Insanity*,—*The medico-legal Journal*,—*Centralblatt für Kinderheilkunde*,—*Journal connaissances medicales*,—*Journal of the Society for psychical Research*.

# Оглавление XI тома.

## № 1-й.

<b>Проф. П. И. Ковалевскій.</b> Питаніе душевныхъ больныхъ . . .	1
<b>Я. А. Давидовъ,</b> Параноя и ступоръ . . . . .	31
<b>Prof. Wernicke,</b> Задачи клинической психіатріи. Переводъ	
К. Н. Ковалевской . . . . .	40
<b>А. Н. Толоконниковъ,</b> Медицинскій отчетъ по Ярославскому	
дому умалишенныхъ за 1886 годъ . . . . .	48
<b>Г. Врейтманъ,</b> Инспекторатъ надъ психіатрическими домами	
въ Франціи . . . . .	62
<b>А. Г. Штейнбергъ и П. А. Троицкій,</b> Иванъ Романовичъ	
Пастернацкій . . . . .	67
<b>Критика и библіографія:</b> <i>Проф. Д. Н. Зерновъ,</i> Рѣдкій случай	
вдоизмѣненной Роландовой борозды и центральныхъ извилинъ, 76.—	
<i>Д-ръ П. Викторовъ,</i> Ученіе о личности, какъ нервно-психическомъ	
организмѣ, 76.— <i>Д-ръ Н. С. Данило и Бауменау,</i> О явленіи гип-	
ноза на возбудимость мозговой коры, 84.— <i>Д-ръ Бабиевъ-Бабяня,</i>	
<i>Матеріалы къ вопросу о вліяніи гидроэлектрическихъ ваннъ на</i>	
<i>кожную чувствительность и на артеріальное кровяное давленіе у</i>	
<i>человѣка, 84.—Д-ръ И. Рождественскій,</i> О локализациі слуховыхъ	
<i>ощущеній, 86.—Д-ръ Пекеръ,</i> О патолого-анатомическихъ измѣнені-	
<i>яхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно</i>	
<i>вызваннаго малокровія, 92.—Д-ръ Грейденбергъ,</i> Случай періоди-	
<i>ческаго спинно-мозгового паралича, 101.—Д-ръ Озерниковскій.</i> Еще	
<i>объ истеріи въ войскахъ, 102.—Dr. Roscioli,</i> Церебральная геміатро-	
<i>фія съ послѣдовательными imbecillitas и гимнилетіей, 102.—Dr.</i>	
<i>Erlenmeyer,</i> Страсть къ употребленію морфія и ея леченіе, 103.—	
<i>Prof. Emminghaus,</i> Психозы дѣтскаго возраста, 105.— <i>Dr. Ziehen,</i>	
<i>Сифмографическія изслѣдованія у душевно-больныхъ, 106.—Dr.</i>	
<i>Kumpf,</i> Сифилитическія заболѣванія перинной системы, 108.— <i>Dr.</i>	
<i>Euphrat,</i> О сумашествіи близнецовъ, 114.— <i>Dr. Bartels,</i> О вѣсѣ	
<i>мозга у душевно-больныхъ, 115.—Prof. Munk,</i> Изслѣдованіе щито-	
<i>видной желѣзы, 116.—Prof. Forel,</i> Анатомическія разсужденія и	
<i>данныя относительно головного мозга, 117.—Dr. Friedmann,</i> О	
<i>прогрессивныхъ измѣненіяхъ узловыхъ клубковъ при воспаленіи, а</i>	
<i>также объ активныхъ измѣненіяхъ въ осевыхъ цилиндрахъ, 117.—</i>	
<i>Dr. Dietz,</i> Душевные болѣзни въ мирное и военное время, 118.—	
<i>Dr. Berger,</i> Случай насильственныхъ представленій и насильствен-	
<i>ныхъ поступковъ у 10 лѣтняго ребенка, 119.—Dr. Stark,</i> Объ отно-	
<i>шеніяхъ вѣса тѣла при періодическихъ психозахъ, 120.—Prof. Fleisch,</i>	
<i>Опытъ распознаванія homoloin fissurae parietooccipitalis у хищни-</i>	
<i>ковъ, 121.—Dr. Oebeke,</i> Къ леченію насильственнымъ кормленіемъ	
<i>душевныхъ больныхъ, 121.—Dr. Siemens,</i> О леченіи насильственнымъ	
<i>кормленіемъ душевныхъ больныхъ, 122.—Dr. Snell,</i> Легочная чахотка	
<i>у душевно-больныхъ, 122.—Dr. Leven,</i> Нейрозы, 122.— <i>Dr. Bourne-</i>	
<i>ville,</i> О температурѣ при Status epilepticus, 126.— <i>Dr. Paris,</i> Замѣтка	
<i>о случаѣ атанізма, 126.—Dr. Seglas,</i> Меланхолія съ тоской, сопро-	
<i>вождаемая бредомъ отрицанія, 127.—Dr. Martineq,</i> Бредъ въ четве-	
<i>ремъ, 127.—Dr. Christian,</i> Къ вопросу объ этиологіи общаго прогрес-	
<i>сивнаго паралича у мужчинъ, 130.—Dr. Marandon de Montyel,</i>	
<i>Къ вопросу о вѣсѣ мозговыхъ полушарій, 131.—Dr. Championnière,</i>	
<i>Къ ученію объ истеріи у мужчинъ, 133.—Dr. Pierre Marie,</i> Замѣтка	
<i>по этиологіи энцефаліи, 134.—Dr. Vigouroux,</i> О леченіи и нѣкото-	
<i>рыхъ клиническихъ особенностяхъ Базедовой болѣзни, 135.—Dr.</i>	

## II

*Crothers*, Обь алкоголизмъ и его леченіи, 136.—*Dr. Crothers*, При-  
чины и лечение пьянства, 136.—*Dr. Crothers*, Атмосферическія  
вліянія на пьяницъ, 139.—*Dr. Crothers*, Кокаинный запой, 140.—*Dr.*  
*Hughes*, Научный рационализмъ въ электротерапіи, 140.—*Dr.*  
*Hughes*, Отношеніе нервной системы къ гемофилиі, 141.—*Dr. Chal-*  
*mers da Costa*, Нѣкоторыя замѣтки о леченіи умопомѣшательства,  
142.—*Dr. Lymon*, Лечение прогрессивной локомоторной атаксіи по  
способу Жюно, 142.—*Dr. Hurd*, Гастрическіе и другіе кризы при  
общемъ параличѣ, 143.—*Dr. Backer*, Психическая эпилепсія, 143.—  
*Dr. Wilmarth*, Замѣтки о патології идиотизма, 144.—*Dr. Hughes*,  
Единственный случай билатеральнаго атетоза, 145.—*Dr. F'icrst*,  
Дипсоманія, клептоманія, пироманія и т. п. принадлежать ли къ  
болѣзненнымъ формамъ умственнаго расстройства?, 145.—*Dr. Kier-*  
*nan*, Геній не нейрозъ, 146.—*Dr. Harriet*, Параноя у женщинъ,  
146.—*Dr. Wigglesworth*, Употребленіе гальванизации въ леченіи раз-  
личныхъ случаевъ помѣшательства, 147.—*Dr. Ohmann-Dumensnil*,  
Гипертрихозъ, какъ слѣдствіе общаго нервнаго расстройства, 148.—  
*Dr. Seguin*, Случай хорей съ копролаліей, 148.—Смѣсь, 150.

### № 2-й.

Д-ръ А. А. Токарскій, Гипнотизмъ и внушеніе . . . . .	1
Д-ръ Н. А. Вухаловъ, Къ вопросу о качествахъ вкусовыхъ ощущеній . . . . .	34
Д-ръ Шергандъ, Судебно-психіатрический случай . . . . .	42
Д-ръ С. Н. Совѣтовъ, Владимірскій домъ умалишенныхъ въ 1887 г. . . . .	57
Д-г Löwenfeld, Современный способъ леченія нейрастеній и истеріи, перев. Д-ра Н. И. Мухина . . . . .	62
Д-г Remak, Электротерапія. Пер. К. Н. Ковалевской . . . 1—16	
Вибліографія: А. А. Ариль, Малолѣтніе преступники, 86. — Проф. Добровольскій, Видимъ ли мы предметы такими, какими они существуютъ въ природѣ?, 87. — Д-ръ П. Я. Разенбахъ, Основы диагностики нервныхъ болѣзней, 90. — Д-ръ Л. Ф. Рагозинъ, При- знаніе и леченіе душевно-больныхъ въ Россіи, 90. — Д-ръ С. Бѣля- ковъ, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной нерв- ной системы при старческомъ слабоуміи, 91. — Д-ръ А. С. Миноръ, Къ вопросу о пьянствѣ и его леченіи въ специальныхъ заведеніяхъ для пьяницъ, 93. — Д-ръ Архангельскій, Отчетъ по осмотру рус- скихъ психіатрическихъ заведеній, произведенному по порученію московскаго губернскаго земскаго статистическаго совѣта, 95. — Д-ръ Гольденгорнъ, Случай <i>mericysm'a aut ruminationis</i> , 95. — Д-ръ Б. А. Селицкий, Отраженные неврозы, вызывающіеся страданіемъ носа, 96. — Д-ръ Синайскій, Случай эклампсіи родильницы и ново- рожденнаго, 97. — Prof. Giovani, О замѣчательныхъ галлюцинатор- ныхъ явленіяхъ у одной нервной личности, 97. — D-tt Lembo, Ра- gionon multiplex, di Friedreich, 98. — D-tt Bernardini, Гипер- трофія мозга и идиотизмъ, 98. — Prof. Feletti, Случай <i>ragamusclo-</i> <i>nus multiplex</i> , 99. — D-r Vetault, Судебно-медицинскій этюдъ обь алкоголизмѣ, 99. — D-r Bourneville et Sollier, Аномаліи половыхъ органовъ у идиотовъ и эпилептиковъ, 100. — D-r Bourneville et Pil- liet, Два случая двойнаго атетоза съ тупоуміемъ, 100. — Prof. Charcot, Истерія и сифилисъ, 101. — Prof. Charcot, Истеро-травма- тическая артралгія колѣна, 101. — Prof. Charcot, Обь афазіи во- обще и въ частности обь аграфіи, 101. — D-r Pichon, О множе-	

### III

ственнымъ бредѣ и объ одновременной интоксикаціи различнаго происхожденія у одного и того же индивида, 102.— *Prof. Ball*, Пораженія при морфіоманіи, 102.— *D-r Ritti*, Случай этероманіи, 103.— *D-r Lemoine*, О температурѣ въ отдѣльныхъ приступахъ эпилепсіи, 103.— *D-r Seglas*, Случай сложной везаніи, 104.— *D-r Mathieu*, Случай дѣтской спазмодической гемиплегіи травматическаго происхожденія, 104.— *D-r Mathieu*, Случай табетической діарреи, 104.— *D-r Constans*, Директоръ, или директоръ-врачъ?, 104.— *D-r Crothers*, Нейрастенія, какъ причина пьянства, 105.— *D-r Crothers*, Наслѣдственность и пьянство, 106.— *D-r Crothers*, Состояніе бреда въ пьянствѣ, 107.— *D-r Crothers*, Пьяницы маніаки, 108.— *D-r Hughes*, Истинная природа и опредѣленіе душевной болѣзни, 109.— *D-r Savage*, Сифилисъ и отношеніе его къ сумашествію, 110.— *Prof. Spitzka*, Душевные болѣзни, ихъ классификація, діагнозы и леченіе, 111.— *D-r Shuttleworth*, Идіотія и тупоуміе, вслѣдствіе гeredитарнаго сифилиса, 111.— *D-r Wigglesworth*, О геморрагіяхъ и ложныхъ перепонкахъ церебральныхъ субдуральныхъ щелей въ различныхъ случаяхъ сумашествія, 112.— *D-r Lett*, Леченіе пьянства, 112.— *D-r Wigglesworth*, Случай сумашествія, ассоцірованнаго острымъ сифилисомъ, 113.— *D-r Beard*, Существуютъ ли пьяницы автоматы, 113.— *Horsley*, Наблюденія въ области пьянства, 114.— *Fischer*, Пьяницы въ домахъ умалишенныхъ, 115.— *D-r Mann*, Алкогольная нейрастенія, 116.— *D-r Beach*, Случай идіотіи и тупоумія, вслѣдствіе гeredитарнаго сифилиса, 117.— *D-r Cowles*, Необходимость реформы служебнаго персонала при домахъ умалишенныхъ, 117.— *D-r Butler*, Леченіе помѣшательства и индивидуализація въ леченіи помѣшанныхъ, 118.— *D-r Russel*, Опійное пьянство, 118.— *D-r Wise*, Призрѣніе хроническихъ сумашедшихъ, 119.— *D-r Farnham*, Маточныя страданія какъ факторъ продукціи сумашествія, 120.— *D-r Palmer*, Колоніальная система призрѣнія душевно-больныхъ, 120.— *D-r Löwenfeld*, О колебаніяхъ къ развитію мозговыхъ сосудовъ и ихъ значеніи въ фізіологическомъ и патологическомъ отношеніяхъ, 121.— *Prof. Mendel*, О Jackson'овско эпилепсіи и психозахъ, 121.— *Prof. Homen*, Гистологическія измѣненія въ периферическихъ нервахъ, спинныхъ узлахъ и спинномъ мозгу, вслѣдствіе ампутаціи, 122.— *Prof. Binswanger*, Обь отношеніи нравственнаго помѣшательства къ наследственнымъ дегенеративнымъ душевнымъ расстройствамъ, 124.— *D-r Stephan*, Къ генезу интенціоннаго тремора, 124.— *Д-ръ Луницъ*, О пораженіяхъ нервной системы послѣ острыхъ инфекціонныхъ процессовъ, 125.— *D-r Leven*, Обь отношеніяхъ нервной системы къ питанію тѣла, 126.— *D-r Dörschlag*, Сообщение къ пuerперальнымъ психозамъ, 126.— *D-r Bartel*, Сообщение къ ученію о менструальномъ сумашествіи, 126.— *D-r Möbius*, О понятіи „истерія“, 126.— *D-r Zacher*, Случай гeredитарной хореи взрослыхъ, 127.— *Ball*, Эротическое умопомешательство, 127.— *Смѣсь*, 131.

#### № 3-й.

Д-ръ А. А. Токарскій, Гипнотизмъ и внушеніе . . . . .	1
Д-ръ В. Д. Троновъ, Эпилепсія . . . . .	41
Д-ръ Врейтманъ, Репрессивныя мѣры во французскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ . . . . .	46
Prof. Remak, Электротерапія . . . . .	17
D-r Löwenfeld, Современный способъ леченія истеріи . . . .	49

#### IV

**Вибліографія:** Проф. В. М. Бехтеревъ, О центральныхъ окончаніяхъ блуждающаго нерва и о составѣ волоконъ такъ называемаго одиночнаго пучка продолговатаго мозга, 65. — Д-ръ П. М. Анондратовъ, О вліянніи вырѣзыванія щитовидной железы на центральную нервную систему, 65. — Д-ръ Бороздина-Розсмитейнъ, Круговое помѣшательство съ исходомъ въ выздоровленіе, 66. — Д-ръ Шрейберъ, О зависимости вкусовыхъ ощущеній отъ территорій вкусового органа и температуры вкусовыхъ веществъ, 66. — Д-ръ Давыдовъ, Къ симптоматологій сотрясенія мозга, 69. — Prof. Sergi, Исслѣдованія въ области экспериментальной психологій, 69. — D-tt Frigerio, Наблюденіе о локализациі чувства обонянія, 70. — D-tt Rezzonico, Патологоанатомическія наблюденія въ области прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, 70. — D-tt Sighicelli, Паралитическое слабоуміе у тупоумнаго субъекта, 71. — Prof. Charcot et Paul Richet, Новая иконографія Сальпетриерской клиники болѣзней нервной системы, 71. — D-r Baillarger, Аналогія симптомовъ пеллягрознаго паралича и общаго паралича, 72. — D-r Dinga, Наслѣдственность инстинкта, страсти и чувства, 73. — D-r Meillon, Мегаломанія, 73. — D-r Tissie, Душевно-больные бродяги, 74. — D-r Ch. Féré, О состояніи силъ у эпилептиковъ, 75. — D-r Ygouf, О паразитическомъ бѣшенствѣ, 75. — D-r Lepointe, Семья, члены которой одновременно поражены демономаніей, 76. — D-r Bataille, Травматизмъ и нейропатія, 77. — D-r Belle et Lemoine, Лечение меланхолической тоской, 77. — D-r Guillemain, Къ ученію объ алкогольной истеріи, 78. — D-r Crothers, Научное изслѣдованіе пьяницы преступниковъ, 78. — D-r Hughes, Состояніе опьяненія въ нашихъ судахъ, 79. — Prof. Cowles, Насильственные и фиксированныя идеи, 79. — D-r Clark Bell, Судебная медицина пьянства, 83. — D-r Kerr, Лечение пьянства у женщинъ, 84. — D-r Hack Take, Сумашествіе въ двоемъ, 84. — D-r Clark Bell, Умопомѣшательство и уходъ за умопомѣшанными, 85. — D-r Crothers, Лечебницы для пьяницъ, 86. — D-r Crothers, Разстройства, причиняемыя пьянствомъ и ихъ социально-научное значеніе, 89. — D-r Crothers, Нѣкоторые послѣдственныя психическія явленія при пьянствѣ, 91. — D-r Buttholph, Замѣтки объ организаціи и управленіи госпиталиями и пріютами для душевно-больныхъ, 92. — D-r Mann, Патологія пьянства, 92. — D-r Parsons, Номенклатура въ психіатріи, 94. — D-r Blyth, Мозговые разстройства при свинцовомъ отравленіи, 94. — D-r Parrish, Судебная медицина пьянства, 94. — D-r Macgregor, Пьяницы въ Новой Зеландіи, 93. — D-r Whiton, Взглядъ криминалистовъ на самоубійство, 93. — D-r Searcy, Почему люди пьютъ, 94. — D-r Woods, Наши законы и наша власть, 94. — D-r Francis, Физическій трудъ на свѣжемъ воздухѣ, какъ средство леченія душевно-больныхъ, 95. — D-r Thuring, Американская жизнь и ея отношеніе къ пьянству, 95. — D-r Shepard, Горячія воздушныя ванны при пьянствѣ, 96. — D-r Wright, Личная отвѣтственность при аффектахъ алкогольнаго характера, 97. — D-r Osler, Замѣтка о нитроглицеринѣ въ эпилепсій, 97. — Prof. Wille, Ученіе о сумашествіи, 97. — D-r Thomsen, Случай травматическаго рефлексорнаго психоза, 102. — D-r Edinger, О значеніи corpus striatum, 102. — D-r Neisser, О врожденномъ первичномъ помѣшательствѣ, 103. — D-r Wildermuth, Объ осложненіяхъ, 103. — D-r Jellgersma, Къ патогенезу эпилепсій, 103. — D-r Warfvinge, Случай мукѳдемъ, 104. — D-r Droeze, Психозы и болѣзнь почечъ, 104. — D-r Neisser, О кататоніи, 105. — Смѣсь, 106.

# Гипнотизмъ и внушеніе.

А. А. Токарскій,

Ординаторъ Московской психіатрической клиники.

(Продолженіе).

## Явленія внушенія.

Теперь мы обратимся къ разсмотрѣнію явленій внушенія, которыя съ наибольшею рѣзкостью выражены въ описываемомъ нами состояніи сомнамбулизма.

Явленія внушенія характеризуются полнымъ прекращеніемъ противодѣйствія со стороны гипнотизированнаго субъекта тѣмъ вліяніямъ, которыя, исходя изъ внѣшняго міра, съ достаточной силой воздѣйствуютъ на его психическую сферу.

При такомъ условіи, измѣненія, происшедшія въ нервныхъ элементахъ, подъ вліяніемъ извѣстнаго возбужденія, тотчасъ, въ свою очередь, производятъ возбужденія въ соотвѣтствующихъ элементахъ, согласно своему характеру, и выражаются или въ двигательныхъ актахъ, или въ измѣненіяхъ внутренняго состоянія, — въ измѣненіяхъ настроенія и состоянія сознанія.

Всѣ моменты, задерживающіе переходъ психическихъ актовъ въ двигательные, задерживающіе рефлекторную дѣятельность центральной нервной системы и обуславливающіе кажущуюся независимость человѣка отъ окружающихъ вліяній, дѣлающіе его на первый взглядъ свободнымъ въ своихъ дѣйствіяхъ — отсутствуютъ, и психическая дѣятельность, въ сопровожденіи обусловли-

ваемыхъ двигательныхъ актовъ, является передъ нами во всей своей роковой зависимости отъ воздѣйствія окружающаго міра.

Лучшія свойства человѣка, добродѣтели унаслѣдованныя имъ отъ далекихъ предковъ и ставшія органическими, правила, привитыя воспитаніемъ, убѣжденія, пріобрѣтенныя долгимъ размышленіемъ и вытекающія изъ глубокихъ движеній нравственнаго чувства—все это становится безсильнымъ передъ неудержимою силой рефлекса.

Я не хочу этимъ приравнять явленія внушенія простымъ рефлекторнымъ актомъ нисшихъ мозговыхъ центровъ.

Принимая ясно выраженный характеръ рефлекса, явленія эти остаются тѣмъ не менѣ психическими, т. е. въ цѣпи развивающихся явленій находится также идея.

Это условіе рѣзко отличаетъ простой рефлексъ отъ акта внушеннаго, хотя послѣдній, по неизбѣжности своего развитія, и не отличается отъ перваго.

Что и въ нормальномъ состояніи человѣка множество его дѣйствій обуславливаются съ несомнѣнной очевидностью воздѣйствіемъ внѣшнихъ причинъ; что и въ нормальномъ состояніи нерѣдко поступки совершаются не только безъотчетно, но иногда и прямо вопреки волѣ совершающаго,—это извѣстно каждому, и я не буду касаться этихъ случаевъ и проводить ихъ аналогію съ тѣмъ, что мы наблюдаемъ въ гипнозѣ.

Упомяну кратко только о тѣхъ случаяхъ внушенія, которыя наблюдались во время фізіологическаго сна.

Такъ Маугу на самомъ себѣ наблюдалъ возникновеніе сновидѣній подъ вліяніемъ словъ, рассказанныхъ ему другими. Въ другомъ случаѣ, — молодой человѣкъ, тщетно добивавшійся взаимности любимой дѣвушки, попросилъ кого то шепнуть его возлюбленной во время сна его имя, и будто бы съ этого времени у нея возникла любовь къ нему и т. п.

Въ виду большого сходства гипнотическаго сна съ фізіологическимъ, едва ли можно относиться къ такого рода указаніямъ съ излишнимъ недоумѣніемъ, но такъ какъ состояніе психической дѣятельности во время фізіологическаго сна намъ извѣстно едва ли не меньше,



чѣмъ во время гипноза, а внушенія въ фізіологическомъ снѣ еще ждутъ своихъ изслѣдователей и оцѣнка наблюденій имѣющихся въ настоящее время можетъ быть произведена только съ точки зрѣнія аналогіи ихъ съ тѣмъ, что мы наблюдаемъ въ гипнозѣ, то я и ограничусь разсмотрѣніемъ внушеній, имѣющихся мѣсто во время гипнотического сна, тѣмъ болѣе, что они нигдѣ не наблюдаются съ такой чистотой и силой.

Различнаго рода способами можемъ мы возбудить идеи въ мозгу загипнотизированной, хотя далеко не всѣ эти способы дадутъ результаты одинаковые по своей сложности и произвольному, со стороны экспериментатора, разнообразію.

*Зрительныя* впечатлѣнія иногда переходятъ въ двигательные акты въ видѣ подражательныхъ движеній. Если мы, напр., сожмемъ, передъ спящимъ руку въ кулакъ, то онъ также сожметъ свою, въ тѣхъ случаяхъ, конечно, гдѣ подражательность существуетъ, что, надо замѣтить, наблюдается не очень часто.

Относительно подражательныхъ движеній слѣдуетъ отмѣтить интересный фактъ, описанный Féré. Именно, сила, съ которой совершаются эти движенія, гораздо больше чѣмъ тогда, когда тѣ же движенія совершаются подъ вліяніемъ словеснаго внушенія. Было констатировано, что если вложить въ руку спящаго динамометръ и приказать ему сжать его изо всей силы, то проявляемая при этомъ мышечная сила только нѣсколько превосходитъ нормальную. Если же передъ глазами спящаго энергично сжать кулакъ, изображая движеніе, которое онъ долженъ сдѣлать, то сила, съ которой сжимается динамометръ, превосходитъ нормальную вдвое. Такимъ образомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, внушеніе посредствомъ жестовъ даетъ результаты сильнѣйшіе, чѣмъ внушеніе посредствомъ слова.

Binet и Féré приводятъ примѣры, что нѣкоторые экспериментаторы, не произнося ни одного слова, и дѣлая только волнообразныя движенія рукой, вызываютъ у спящихъ галлюцинацію змѣи и проч.

Указывая пальцемъ на шляпу спящаго, они возбуждаютъ въ немъ стремленіе снять ее и т. д. Этотъ послѣдній опытъ является чѣмъ то большимъ, чѣмъ простое подражаніе, и относительно опытовъ такого рода чрезвычайно

\*

чайно важно знать, какого рода субъекты подвергались имъ, дѣлались ли эти опыты раньше, видали ли они ихъ у другихъ и проч., чтобы выяснить насколько въ данномъ случаѣ играли роль внушенія посредствомъ зрительнаго впечатлѣнія и насколько здѣсь происходила символика жестовъ экспериментатора.

*Слуховыя* впечатлѣнія также производятъ извѣстные дѣйствія, такъ что музыка, напримѣръ, побуждаетъ иногда загипнотизированнаго танцовать, или, по крайней мѣрѣ, выражать живѣйшее стремленіе къ танцамъ.

Гейденгейнъ сжималъ надъ головою спящаго челюсть съ такой силой, чтобы былъ слышенъ стукъ зубовъ, и спящій тотчасъ же повторялъ это движеніе.

*Осязаніе* также можетъ служить средствомъ для внушенія; такъ, если мы будемъ считать или колоть спящаго, въ его сознаніи можетъ возникнуть представленіе о кусающихъ его животныхъ.

Далѣе мы можемъ возбуждать нѣкоторыя идеи съ помощью *мышечнаго чувства*. Складывая руки спящаго, подобно тому, какъ это дѣлается при молитвѣ, мы вызываемъ въ немъ представленіе о томъ, что онъ молится.

Его лицо принимаетъ соотвѣтственное выраженіе: нерѣдко онъ дѣлаетъ дополнительные жесты—, становится на колѣни и проч. Сожмемъ ему кулаки—и лицо принимаетъ выраженіе гнѣва.

Но всѣ эти явленія внушенія наблюдаются далеко не всегда, съ не одинаковой отчетливостью, и получаемые результаты также очень неопредѣлены.

Съ наибольшей силой и отчетливостью внушенія производятся посредствомъ *слова*. Слово такъ тѣсно связано съ обозначеннымъ имъ представленіемъ или понятіемъ, что, произнося его, мы можемъ быть увѣрены, что возбуждаемъ въ мозгу слушателя извѣстный процессъ съ большей силой, чѣмъ въ томъ случаѣ, гдѣ для полученія извѣстнаго представленія мы будемъ вызывать другія представленія, ассоціированныя съ нимъ. такъ какъ ассоціаціи представлений рѣдко достигаютъ той прочности, которая существуетъ въ ассоціаціи представленія и слова въ его звуковомъ и зрительномъ выраженіи. Понятно, здѣсь рѣчь идетъ только о словахъ, имѣющихъ точно опредѣленное значеніе. Если же мы

будемъ употреблять сложные и отвлеченные термины, значеніе которыхъ не всегда можетъ быть опредѣлено по самому свойству общаго понятія, то хотя мы и произведемъ извѣстный эффектъ, однако далеко не всегда этотъ эффектъ будетъ вполне соответствовать нашимъ ожиданіямъ.

Этими соображеніями мы подходимъ къ опредѣленію границъ внушенія. Область внушенія, говорятъ, Binet и Féré, неизмѣрима: нѣтъ ни одного явленія въ нашей умственной жизни, которое не могло бы быть воспроизведено и усилено.

Принявъ во вниманіе, что лучшимъ орудіемъ внушенія является слово, мы едва ли согласимся съ такимъ опредѣленіемъ. Далеко не все, что происходитъ въ нашей душѣ, можетъ быть выражено словомъ, далеко не все, что понято можетъ, быть исполнено.

Такимъ образомъ внушеніе будетъ зависѣть отъ индивидуальности, какъ и всѣ физиологическія явленія, и если музыканту мы можемъ внушить исполненіе какойнибудь пьесы, то, конечно, не будемъ ожидать того же отъ простаго рабочаго. Но въ предѣлахъ данной индивидуальности граница внушенія дѣйствительно неизмѣрима.

Хотя внушеніе съ помощью слова отличается такой опредѣленностью, что мы заранее можемъ предугадать со всѣми деталями послѣдующее дѣйствіе; тѣмъ не менѣе и смутныя идеи, неопредѣленные побужденія, слова, услышанныя вскользь и понятія совершенно превратно, или мысли, выраженные неопредѣлено, но понятія спящимъ субъектомъ,—могутъ также стать источникомъ извѣстныхъ дѣйствій, которыя, понятно, всецѣло будутъ относиться къ области внушенія, но не будутъ уже находиться подъ контролемъ экспериментатора.

Наконецъ, мы должны принять къ свѣдѣнію еще одинъ видъ возбужденія идей въ сознаніи спящаго, обуславливающихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ тѣ, или другія дѣйствія.

Это—самовнушеніе. Подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ, у засыпающаго или спящаго возникаютъ извѣстныя идеи.

Иногда онѣ находятся въ зависимости отъ того, чего ожидаетъ засыпающій отъ предстоящаго опыта: иногда онѣ являются какъ бы результатомъ неправильнаго толкованія нѣкоторыхъ неясныхъ ощущений, возникающихъ во время сна и приходящихъ частью изъ внѣшняго міра, частью, быть можетъ, обусловленныхъ внутреннимъ состояніемъ субъекта.

Здѣсь же я долженъ упомянуть о такъ называемомъ мысленномъ внушеніи. Этимъ именемъ обозначаются тѣ случаи, гдѣ внушеніе только думается экспериментаторомъ, находящимся на нѣкоторомъ разстояніи отъ подвергающагося опыту субъекта и нимаѣйшимъ знакомъ не обнаруживающимъ содержанія своей мысли. Относящіяся сюда наблюденія, описаны Ochorowicz'емъ<sup>1)</sup>, которому удавалось, сосредоточивая свое вниманіе на томъ или другомъ требованіи, заставлятъ одну особу, съ очень разстроенными нервами, поднимать руку, вставать съ мѣста и подходить къ экспериментатору, снимать браслетъ и проч.

Жанэ наблюдалъ случай дѣйствія мысли на разстояніи приблизительно 1 километра. Онъ сосредоточилъ все свое вниманіе на желаніи усыпить въ данную минуту одну особу, многократно подвергавшуюся подобнымъ опытамъ, и особа эта уснула черезъ 4 минуты послѣ начала опыта.

Таковы простѣйшіе случаи мысленнаго внушенія, которые, именно по своей простотѣ, могли бы имѣть наибольшую научную цѣнность, но, къ сожалѣнію, самые простые изъ этихъ случаевъ по суммѣ явленій такъ сложны, что описать ихъ съ совершенною полнотой рѣшительно невозможно. Ихъ мало даже видѣть, а нужно изучать каждый опытъ въ отдѣльности. И какъ бы ни было обстоятельнымъ изложеніе авторовъ, наблюдавшихъ такіа явленія,—у читателя все же остаются нѣкоторые вопросы и сомнѣнія, на которые онъ не получилъ отвѣта. Вотъ почему я не берусь рѣшить—существуютъ ли явленія мысленнаго внушенія въ дѣйствительности и ограничусь здѣсь только упоминаніемъ о нихъ<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Ochorowicz. De la suggestion mentale. Paris 1887.

<sup>2)</sup> Charle Richet повторялъ опыты Жанэ и въ послѣдней книгѣ (Paris 1883) *Revue de l'hypnotisme* сообщаетъ слѣдующее: онъ

При разсмотрѣніи явленій внушенія, я не буду останавливаться на описаніи частныхъ случаевъ, такъ какъ описанія разнаго рода внушеній настолько многочисленны и извѣстны, что не представляютъ болѣе интереса.

Мы рассмотримъ только въ общихъ чертахъ, отношеніе различныхъ субъектовъ къ внушенію и нѣкоторыя особенности въ исполненіи внушенныхъ дѣйствій.

Существуютъ лица, совершенно не воспріимчивыя къ внушенію. Съ помощью разнаго рода пріемовъ, мы можемъ вызвать у нихъ болѣею частью только первоначальныя степени гипноза: сонливость, невозможность открыть глаза, но иногда и признаки болѣе глубокаго сна: ясно выраженное каталептоидное состояніе мышцъ, при чемъ члены дѣлаются способными въ теченіи нѣкотораго времени сохранять приданное имъ положеніе, и въ то же время всѣ наши усилія вызвать галлюцинаціи, побудить спящаго къ тѣмъ, или другимъ дѣйствіямъ остаются безплодными.

Сознаніе въ такихъ случаяхъ обыкновенно сохраняется: загипнотизированный хорошо ориентуруется, знаетъ, гдѣ онъ находится, что съ нимъ дѣлаютъ, до нѣкоторой степени отдаетъ себѣ отчетъ въ происходящихъ съ нимъ перемѣнахъ, въ измѣненіи состоянія мышцъ и проч.

Иногда же сознаніе исчезаетъ совершенно. Съ особенной рѣзкостью я наблюдалъ это на одномъ молодомъ солдатѣ Ж., страдавшемъ истерическимъ сведеніемъ нижнихъ конечностей <sup>1)</sup>. Онъ быстро погрузился въ

---

экспериментировалъ на той же особѣ, на которой дѣлалъ свои наблюденія Janet, и подобно ему пытался усыпить ее мысленно на значительномъ разстояніи. Всѣхъ опытовъ было сдѣлано 8, изъ нихъ нѣкоторые удались. „Во всѣхъ этихъ случаяхъ, говоритъ Richet, неудачи очевидно ничего не доказываютъ. Если же брать только удавшіеся опыты, то является два предположенія: здѣсь или простой случай, или настоящее дѣйствіе на разстояніи. Очень трудно допустить первое предположеніе о чистомъ, простомъ случаѣ. Я окружилъ себя предосторожностями самыми мелочными, чтобы избѣгнуть обмана, подозрѣнія, возможности угадать, которая такъ велика у такихъ больныхъ. Остается дѣйствіе на разстояніи. И мой успѣхъ при условіяхъ опыта,—строгихъ, насколько возможно, принуждаетъ меня признать его существованіе“.

<sup>1)</sup> Возможностью сдѣлать нѣкоторые опыты въ военномъ госпиталѣ я обязанъ любезности доктора А. И. Озерцова, которому и свидѣтельству мою благодарность.

сонъ, черезъ нѣсколько времени развилось каталептоидное состояніе мышцъ верхнихъ конечностей и всѣ сношенія съ внѣшнимъ міромъ совершенно прекратились.

Ни одного слова, ни одного движенія въ отвѣтъ на мои вопросы. Приказаніе открыть глаза и проснуться, правда, оказало свое дѣйствіе настолько, что глаза были открыты, но полного пробужденія еще не было. Онъ не зналъ, гдѣ онъ, что съ нимъ, рѣшительно не отдавалъ себѣ отчета въ окружающемъ, и, для прекращенія этого состоянія, я долженъ былъ принять мѣры, не имѣющія характера внушенія.

Другія лица способны подчиняться только нѣкоторымъ видамъ внушенія, остываясь не воспримчивыми къ остальнымъ. Въ этихъ случаяхъ легко вызываются, напр., зрительныя галлюцинаціи, и не могутъ быть вызваны слуховыя, или вкусовыя, и наоборотъ. Могутъ быть сдѣланы разнообразныя внушенія съ помощью слова, тогда какъ съ помощью мышечнаго чувства онъ совершенно не вызываются.

Обращаясь далѣе къ лицамъ, легко поддающимся внушеніямъ, мы находимъ значительную разницу въ томъ, какъ исполняются сдѣланныя внушенія.

Одни исполняютъ ихъ съ полной точностью, воспроизводя исключительно то, что имъ приказано. Галлюцинаціи такого рода субъектовъ вполне соответствуютъ внушенію, и воображеніе спящаго не присоединяетъ, для дополненія возникающей передъ нимъ картины, ни одной лишней черты къ тому, что было вами сказано.

Положимъ, дѣлаете вы внушеніе, что на рукѣ у спящаго сидитъ птица. Если, сдѣлавъ такое внушеніе, вы спросите, видитъ ли онъ птицу, то, конечно, получите въ отвѣтъ:

— Вижу.

— Какая это птица?

Отвѣта нѣтъ. Птица на рукѣ сидитъ, но неизвѣстно какая. Вы этого не сказали и загипнотизированный знаетъ только, что онъ видитъ птицу, а не что нибудь другое.

Скажите, что это воробей, и спросите далѣе:

— Какого онъ цвѣта?

И опять нѣтъ отвѣта. Всѣ знаютъ какого цвѣта воробей, знаетъ это и спящій, но не различаетъ цвѣта

воробья, сидящаго у него на рукѣ, потому что это ему не внушено. Если вы будете настаивать относительно цвѣта, то чаще всего получите отвѣтъ очень неопредѣленный.

—Что то темное... Не могу разсмотрѣть.

Нѣкоторые авторы указывали, что будто тонъ голоса имѣетъ вліяніе на цвѣтъ галлюцинаторныхъ образовъ. Спросите о цвѣтѣ мягко, и вы получите въ отвѣтъ: свѣтлаго; спросите грубо, и вамъ скажутъ: темнаго; но мнѣ не удалось прослѣдить такой связи между слуховыми впечатлѣніями и цвѣтомъ зрительныхъ галлюцинацій.

Но тонъ, которымъ дѣлается вопросъ, или, лучше сказать, характеръ вопроса играетъ большую роль, и я позволю себѣ обратить ваше вниманіе на это обстоятельство, въ виду его большого значенія. Если вопросъ задается такъ, что спящій не можетъ угадать, какого отвѣта вы ожидаете, онъ часто будетъ не въ состояніи дать какой бы то нибыло отвѣтъ; но, если онъ угадаетъ, чего вы хотите, вопросъ подѣйствуетъ на него какъ прямое внушеніе.

Спросите, напр.: «вѣдь вы видите воробья»? и вы легко можете получить въ отвѣтъ: вижу, хотя раньше о воробѣ не было и помину. И не только такая грубая форма вопроса, но и болѣе тонкіе отгѣнки вашей рѣчи, выдающіе ваше ожиданіе услышать утвердительный или отрицательный отвѣтъ, ведутъ къ такимъ же результатамъ.

Если мы примемъ во вниманіе, что содержаніе вопроса, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспріимчивость къ внушенію рѣзко выражена, не имѣетъ значенія, и спящій одинаково отвѣтитъ на всякій вопросъ, то легко представить себѣ, какія ложныя указанія мы можемъ получить, если захотимъ искать поводовъ къ услышанному въ дѣйствительности, въ прошедшей жизни или въ предшествующихъ поступкахъ загипнотизированнаго, вмѣсто того, чтобъ разсматривать его отвѣты, какъ прямой результатъ внушенія.

Я сказалъ, что при рѣзко выраженной воспріимчивости къ внушеніямъ, легко можно дѣлать внушенія самыя разнообразныя и онѣ всѣ будутъ выполнены одинаково точно. Но нерѣдко случается, что спящій

не соглашается на исполненіе нѣкоторыхъ отдѣльныхъ внушеній. Препятствіемъ къ исполненію служитъ, по-видимому, заранѣе составленное намѣреніе противодѣйствовать, такъ что между стремленіемъ къ противодѣйствию и представленіемъ о данномъ актѣ устанавливается столь тѣсная ассоціація, что какъ только въ сознаніи спящаго возникаетъ извѣстная идея, съ ней одновременно возникаетъ и тѣсно ассоціированное стремленіе къ противодѣйствию. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ играетъ роль не намѣреніе противодѣйствовать именно тому или другому внушенію, а общее нерасположеніе субъекта къ дѣйствіямъ извѣстнаго характера. Въ такихъ случаяхъ спящіе, охотно соглашались на исполненіе внушеній безразличныхъ, протестуютъ, если требованіе оскорбляетъ, напр., ихъ нравственное чувство: если требуется совершить какой нибудь обманъ, или кражу и т. п. Впрочемъ рѣдко такое противодѣйствіе оказывается достаточно сильнымъ для того, чтобы послужить серьезной помѣхой къ совершенію внушеннаго акта. Обыкновенно оно легко побѣждается настойчивостью экспериментатора и, разъ оно побѣждено, при исполненіи внушенія уже не возникаетъ колебаній, за исключеніемъ нѣкоторой борьбы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внушеніе должно быть выполнено въ состояніи бодрствованія черезъ извѣстный срокъ послѣ пробужденія. Эти случаи мы рассмотримъ ниже.

Но не всегда загипнотизированный воспринимаетъ внушенія, совершенно пассивно исполняя только то, что ему сказано. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ внушеніе представляетъ собою скорѣе поводъ къ тѣмъ, или инымъ психическимъ актамъ со стороны спящаго, который проявляетъ такимъ образомъ по отношенію къ даннымъ ему внушеніямъ извѣстную активность. Степень этой активности очень разнообразна. Иногда она выражается въ ничтожныхъ дополненіяхъ или измѣненіяхъ внушенія, иногда же идетъ гораздо дальше.

Такъ, предположимъ опять, что мы вызываемъ галлюцинацію воробья. Мы говоримъ: «вы видите воробья», и только, но спящій не только просто видитъ воробья и его опереніе, онъ видитъ и его движенія, можетъ увидѣть, что онъ порхаетъ и т. п. Въ общемъ галлюцинація не выходитъ изъ предѣловъ внушенія, но



здѣсь является столько частныхъ, самостоятельно возникшихъ въ представленіи спящаго, что иногда происходитъ даже уклоненіе въ исполненіи внушенія, тѣмъ болѣе, что самостоятельно присоединенныя дополненія, разъ возникнувъ въ сознаніи, не всегда легко устраняются. Если, спросивъ, что дѣлаетъ воробей, вы получили въ отвѣтъ: порхаетъ,—то ваше отрицаніе или противоположное утвержденіе, что не порхаетъ, а сидитъ, можетъ остаться безъ всякаго вліянія и спящій будетъ утверждать, въ свою очередь, что воробей порхаетъ; и вамъ придется энергично настаивать, чтобы устранить дополнительную галлюцинацію, или замѣнить ее другой.

Степень такого дополненія различна: то оно такъ ничтожно, что его можно считать уже заключающимся въ самомъ внушеніи, то оно такъ велико, что внушеніе является только фономъ, на которомъ развиваются картины неожиданныя для экспериментатора и не легко измѣняющіяся подъ его вліяніемъ. Одинъ изъ относящихся сюда случаевъ я приведу подробно, такъ какъ онъ представляетъ интересъ и въ другомъ отношеніи.

Г-жа Ш., дѣвушка лѣтъ 20-ти, имѣвшая при наступленіи половой зрѣлости нѣсколько истерическихъ припадковъ, гипнотизированная нѣсколько разъ, представляетъ явленія именно рассматриваемаго нами активного сомнамбулизма. Она чрезвычайно охотно подвергается опытамъ и засыпаетъ очень быстро подъ вліяніемъ просто словеснаго внушенія.

Однажды передъ началомъ опыта, она обратилась ко мнѣ съ просьбой—заставить ее перенестись во снѣ въ домъ однихъ изъ ея знакомыхъ.

— А потомъ я узнаю,—правда ли то, что я увижу во снѣ.

Подобныя просьбы предлагаются нерѣдко и я не отказываюсь—безъ особеннаго повода—исполнять ихъ, такъ какъ галлюцинаціи, соотвѣтствующія желанію спящихъ, обыкновенно доставляютъ имъ удовольствіе.

Такъ было и на этотъ разъ. Я подробно опишу происходившее.

— Теперь вы переноситесь на такую то улицу, въ такой то домъ. Гдѣ вы?

- Въ такомъ то домѣ.
- Въ чьей квартирѣ?
- Въ квартирѣ №.
- Хорошо ли вы все видите?
- Очень хорошо.
- Что же тамъ?
- Всѣ дома. Я вижу г-на Н. и г-жу А.

Считаю нужнымъ оговориться, что мнѣ совершенно неизвѣстны ни лица, фамиліи которыхъ мнѣ назывались, ни домъ, о которомъ шла рѣчь; мои мысли, въ теченіи приводимаго разговора, были заняты совершенно другимъ и я довольно безучастно относился къ предлагаемымъ мною вопросамъ.

- Что они дѣлаютъ?
- Сидятъ на окнѣ.
- У окна?
- Нѣтъ на окнѣ.
- Еще что?
- Тихо разговариваютъ.
- О чѣмъ?
- Не могу слышать.
- Теперь что?
- Цѣлуются. Вотъ Н. встаетъ, идетъ къ себѣ въ комнату...

(Я не задаю болѣе вопросовъ. Бредъ продолжаетъ развиваться вполнѣ самостоятельно и г-жа Ш. говоритъ далѣе):

— А. остается сидѣть на прежнемъ мѣстѣ. Она собирается уходить. Н. выходитъ въ переднюю и говоритъ, что не можетъ идти провожать её, такъ какъ у него къ завтрашнему дню много дѣла. Она уходитъ одна, онъ возвращается въ кабинетъ и снова перебираетъ бумаги. Теперь онъ обращается ко мнѣ и говоритъ... это цѣлый монологъ... нѣтъ, я не хочу болѣе здѣсь оставаться.

- Что же онъ говоритъ?
- Нѣтъ, нѣтъ не хочу.

Я внушаю, что она находится снова на прежнемъ мѣстѣ, въ той комнатѣ, гдѣ была усыплена.

- Вы не были у вашихъ знакомыхъ.
- Нѣтъ была.
- Это приснилось вамъ.

- Нѣтъ я была.
- Приснилось.
- Можетъ быть, приснилось.
- Забудьте объ этомъ.
- Нѣтъ.
- Забудьте.
- Забуду.

Чтобы послѣ пробужденія осталось тѣмъ не менѣе воспоминаніе о посѣщеніи знакомыхъ, я рѣшаюсь вновь вызвать галлюцинацію, разсчитывая направить её согласно своему желанію.

Теперь, какъ вы хотѣли, перенеситесь на такую то улицу, въ такой то домъ. Видите вы г-на N?

- Вижу.
- Онъ одинъ сидитъ у стола?
- Да, сидитъ у стола.
- У него въ рукахъ какая то бумага, которую онъ читаетъ?

— Нѣтъ, онъ пишетъ письмо; вотъ онъ обращается ко мнѣ и говоритъ, не могу разобрать что....

Слѣдовательно, опять произошло самостоятельное уклоненіе галлюцинаціи.

Я снова внушаю спящей, что она находится на томъ же мѣстѣ, гдѣ была усыплена, и черезъ нѣсколько времени пробуждаю ее. Она вспоминаетъ все, что видѣла, и передаетъ свои галлюцинаціи.

Въ тотъ же вечеръ она отправилась къ знакомымъ и, какъ мнѣ было передано потомъ, ей сообщили тамъ, что, за нѣкоторыми исключеніями, то, что она видѣла, происходило дѣйствительно.

На этомъ обстоятельствѣ, конечно, не стоило бы и останавливаться, потому что способъ проверки былъ таковъ, что легко была возможна ошибка. Г-жа Ш. сама явилась съ разспросами, смыслъ которыхъ былъ тотъ, что она ясно-видящая, и болѣе чѣмъ вѣроятно, что она стала жертвой шутки, когда ей отвѣтили, что все рассказанное ей сущая правда. Но я упоминаю объ немъ потому, что онъ хорошо иллюстрируетъ, какъ случаи, которые съ точки зрѣнія строгой критики ничего не доказываютъ, при нѣкоторомъ легковѣріи и непониманіи явленій могутъ стать источникомъ разныхъ превратныхъ толкованій и поводомъ искать

необыкновенное тамъ, гдѣ объ этомъ не можетъ быть и рѣчи. Я не хочу этимъ сказать, что явленій ясно-видѣнія не существуетъ, такъ какъ менѣе всего я склоненъ къ отрицанію а ргіогі. но и допускать возможность ясно-видѣнія а ргіогі такъ же рискованно. Необходимо найти несомнѣнныя доказательства существованія такого явленія и тѣмъ болѣе точныя съ научной точки зрѣнія, что склонность къ мистическому и стремленіе подыскивать объясненія тамъ, гдѣ неясенъ еще самый фактъ, сдѣлали изъ вопроса о ясновидѣніи Гордіевъ узелъ современнаго знанія, который суждено распутать только строгому анализу фактовъ. Было бы излишнимъ распространяться здѣсь болѣе о ясновидѣніи, тѣмъ болѣе, что самая связь этого вопроса съ вопросомъ о гипнотизмѣ еще подлежитъ сомнѣнію.

Кромѣ самостоятельности галлюцинацій для насъ представляется интересъ, въ настоящемъ случаѣ, и въ самомъ ихъ содержаніи.

Понятно, какъ легко, при извѣстныхъ условіяхъ, галлюцинаціи подобнаго содержанія могутъ нарушить душевное спокойствіе субъекта, подвергавшагося опыту, даже при существованіи стойкаго равновѣсія психической жизни, при условіи достаточно развитой критической способности съ его стороны.

Извѣстное вліяніе оказано, извѣстное волненіе вызвано. Положимъ, мы можемъ ожидать, что ряды возникшихъ ассоціацій и самый поводъ къ нимъ отойдутъ подъ вліяніемъ дѣйствительности въ безсознательную сферу психической дѣятельности; но, принимая во вниманіе, что самочувствіе человѣка, его дѣйствія и отношенія опредѣляются совокупной дѣятельностью сознательной и безсознательной сферы, мы едва ли должны оставлять такіе случаи безъ вниманія и я полагаю, что субъекты у которыхъ галлюцинаціи развиваются совершенно внѣ всякой зависимости отъ желанія экспериментатора, не должны подвергаться гипнотическимъ опытамъ. Это относится не столько къ описаннымъ случаямъ активного сомнамбулизма, гдѣ, какъ мы видѣли, галлюцинаціи берутъ свое начало отъ внушенія и легко могутъ быть прекращены, если не измѣнены,—такъ какъ субъектъ продолжаетъ въ общемъ подчиняться внушенію, уклоняясь только въ частностяхъ,—

сколько къ случаямъ полной независимости галлюцинацій отъ внушенія, къ описанію которыхъ мы тотчасъ перейдемъ.

Иногда наблюдаются галлюцинаціи настолько самостоятельны, что ихъ начало, характеръ и направленіе не только совершенно независимы отъ экспериментатора, но иногда остаются ему даже неизвѣстными. Рѣзкій случай такого рода представлялъ солдатъ Б. Онъ страдалъ истерическимъ контрактурнымъ діатезомъ,—болѣзною, выражавшейся въ томъ, что его конечности, бывшія почти постоянно сведенными, сводились еще болѣе судорогами чрезвычайной силы, какъ только на нихъ дѣйствовало какое либо внѣшнее раздраженіе или если онъ просто дѣлалъ попытку произвольнаго движенія.

Онъ уснулъ довольно быстро. Черезъ нѣсколько минутъ онъ не давалъ мнѣ никакого отвѣта. Вопросы, которые я задавалъ ему, внушенія—оставались безъ всякаго вліянія. Физическихъ измѣненій нельзя было отмѣтить никакихъ,—даже выраженіе лица оставалось почти прежнимъ. Черезъ нѣсколько времени, впрочемъ, контрактуры конечностей стали какъ будто слабѣе, въ теченіе короткаго промежутка времени существовала слабая склонность къ выполненію нѣкоторыхъ внушенныхъ движеній правой рукой, и только. Затѣмъ внезапно появились судороги въ рукахъ, лицо исказилось—какъ бы отъ сильной боли и онъ заскрежеталъ зубами. Потомъ опять онъ продолжалъ лежать совершенно спокойно въ состояніи глубокаго сна. Я скоро разбудилъ его, убѣдившись, что явленій внушенія получить невозможно. При пробужденіи внушеніе оказало нѣкоторое вліяніе: онъ открылъ глаза, согласно требованію, но пробужденіе было далеко несовершенное. Онъ дико осмотрѣлся кругомъ, видимо не понимая, гдѣ онъ, не узнавая окружающихъ, и вдругъ съ плачемъ принялся съ силой разжимать лѣвой рукой пальцы правой, сведенные вновь развившейся судорогой, при чемъ приговаривалъ: ломайте пальцы, ломайте! Нѣсколько поглаживаній по головѣ, въ направленіи обратномъ тому, какъ они дѣлались при усыпленіи, произведя болѣе полное пробужденіе, успокоили его.

Но его состояніе все еще было не нормально. Онъ не зналъ, гдѣ онъ, кто вокругъ него.

— Гдѣ ты?

— Не могу знать.

— А гдѣ ты былъ?

— На ученіи.

— Гдѣ?

— Въ ротѣ.

— А въ саду былъ? вопросъ этотъ касался слѣланнаго ему во время сна внушенія.

— Никакъ нѣтъ, въ ротѣ былъ.

— А теперь ты гдѣ?

— Не могу знать.

— Въ госпиталѣ былъ?

— Такъ точно, былъ.

— Когда?

— Давно уже.

— Ты здоровъ или болѣнъ?

— Былъ болѣнъ, лежалъ въ госпиталѣ, а теперь былъ на ученіи.

— Чего же ты плакалъ?

— Дядько билъ. Билъ за то, что не могъ стрѣлять. Руки сводило, не могъ какъ слѣдуетъ держать ружье.

Вотъ почему съ такими усиліями пытался онъ выпрямить сведенные судорогой пальцы правой руки.

— А теперь ты гдѣ? Тоже въ ротѣ? Онъ осматривается.

— Никакъ нѣтъ, рота не такая.

Но гдѣ онъ, все еще не знаетъ. Понемногу сознаніе возвращается и онъ узнаетъ, что онъ въ госпиталѣ, хотя и не можетъ еще ориентироваться совершенно, не можетъ самъ найти, гдѣ его койка, добравшись до которой, онъ засыпаетъ нормальнымъ фізіологическимъ сномъ и просыпается уже въ полномъ сознаніи.

Усыпленный вторично черезъ нѣсколько дней, онъ обнаружилъ вполнѣ аналогичныя явленія. Только на этотъ разъ ему пригрезилось, что его бросили за какую то неисправность въ воду. По видимому эта галлюцинація находилась въ связи съ нерѣдко бывающимъ у загипнотизированныхъ ощущеніемъ холода, на которое онъ жаловался по пробужденіи.

Это наблюденіе было сдѣлано, какъ я упомянулъ, у истеричнаго и, если я рѣшился привести его, то

только потому, что оно совершенно соотвѣтствуетъ тому, что наблюдается въ аналогичныхъ случаяхъ у здоровыхъ. Впрочемъ,—нельзя оставлять совершенно безъ вниманія разницу въ степени. По видимому такое рѣзкое измѣненіе сознанія рѣдко развивается самостоятельно у лицъ совершенно здоровыхъ и здѣсь чаще приходится наблюдать ту форму активного сомнамбулизма, которая описана нами выше.

Описанный случай приводитъ насъ къ вопросу о раздвоеніи сознанія и измѣненіи личности.

Измѣненіе состоянія сознанія можетъ выразиться, какъ въ приведенномъ примѣрѣ, перенесеніемъ индивидуума въ иную обстановку, въ иную сферу дѣятельности, чѣмъ та, гдѣ онъ находится въ дѣйствительности, при чемъ сознаніе личности, какъ определенной индивидуальности, не претерпѣваетъ существенныхъ измѣненій. Субъектъ сознаетъ, что онъ остается тѣмъ же, чѣмъ и былъ. Все прошедшее до момента усыпленія сохраняетъ для него свое значеніе и только съ момента усыпленія наступаетъ новая жизнь, жизнь въ грѣзахъ, но настолько яркихъ, что отличіе ихъ отъ дѣйствительности становится невозможнымъ. Въ то же время дѣйствительность утрачиваетъ свое вліяніе, связь съ ней прекращается и спящій тѣмъ полнѣе отдается своему бреду, который совершенно не имѣетъ характера воспоминанія, а, являясь переживаемой дѣйствительностью, настолько сплетается съ дѣйствительно пережитымъ, что, по пробужденіи, спавшій разсматриваетъ его какъ воспоминаніе чего-то реальнаго и нужно все могучее вліяніе дѣйствительности, возбуждающее цѣлый рядъ противорѣчащихъ ассоціацій, чтобы заставить признать это воспоминаніе за сновидѣніе.

Въ приведенномъ случаѣ измѣненіе сознанія произошло произвольно, но такое же точно измѣненіе происходитъ и подъ вліяніемъ внушенія. При томъ здѣсь не было раздвоенія сознанія. Солдатъ сознавалъ себя при новой обстановкѣ, поступалъ сообразно обстоятельствамъ, и дѣйствительность, т. е. пребываніе въ госпиталѣ, разсматривалъ, какъ нѣчто давно прошедшее.

Все измѣнилось вокругъ него, но онъ самъ остался тѣмъ же.

Въ другихъ случаяхъ спящій при тѣхъ же условіяхъ чувствуетъ себя вдали отъ того мѣста, гдѣ онъ находится, вступаетъ въ разговоръ съ лицами существующими только въ его воображеніи и отвѣчаетъ на вопросы усыпителя. Несовмѣстное совмѣщается въ его сознаниіи и онъ не находитъ здѣсь ничего особеннаго. Такъ г-жа Ш. въ одно и тоже время находится у своихъ знакомыхъ и отвѣчаетъ на мои вопросы, слушаетъ вдали отъ меня не существующія рѣчи и не соглашается со мной, когда я пытаюсь измѣнить ихъ содержаніе. Такое состояніе раздвоенія сознанія наблюдается далеко нерѣдко. Можно сказать, даже, что раздвоеніе сознанія характеризуетъ собою сомнамбулическое состояніе. Дѣйствительно, спящій сознаетъ, что онъ спитъ, и въ тоже время считаетъ свои галлюцинаціи за нѣчто реальное. Спросите его въ такой моментъ, когда онъ повидимому всецѣло поддался вліянію картинъ своего воображенія и не отдаетъ себѣ совершенно отчета въ окружающемъ, спитъ ли онъ, и онъ отвѣтитъ: сплю. Но противорѣчіе этого отвѣта совсѣмъ тѣмъ, что онъ видитъ, слышитъ и дѣлаетъ, нисколько не поражаетъ его.

Сознаніе личности также подвергается подѣ вліяніемъ внушенія значительнымъ измѣненіямъ. Загипнотизированный можетъ не знать не только, гдѣ онъ и что съ нимъ дѣлается, но и кто онъ, и считать себя чѣмъ угодно усыпившему. Мужчина превращается въ женщину, взрослый въ ребенка, молодой въ старика и наоборотъ,—и все это совершается по одному слову экспериментатора.

Чтобы выяснитъ характеръ относящихся сюда наблюденій, приведу вкратцѣ наблюденіе, описанное въ 1883 году Richet<sup>1)</sup>. «Усыпленные и подвергнутыя извѣстному вліянію,—говоритъ Richet о двухъ лицахъ, надъ которыми онъ производилъ опыты,—А. и Б. забыли, кто они: свой возрастъ, полъ, общественное положеніе, національность, часть и мѣсто, гдѣ они находились. Все это исчезло. Въ ихъ умственной жизни сохранился одинъ только образъ, одно сознаніе: сознаніе и образъ новаго существа, которое явилось въ ихъ воображеніи.

<sup>1)</sup> Charees Richet. La personnalité dans le somnambulisme. Revue philosophique, mars 1883.



Они потеряли знаніе своей прежней жизни. Они живутъ, говорятъ, думаютъ, какъ типы, которые имъ даны. Съ какой удивительной жизненностью реализуются эти типы, могутъ представить только тѣ, кто присутствовалъ на этихъ опытахъ. Описаніе можетъ дать только слабое и не совершенное изображеніе. Въмѣсто того, чтобъ понять типъ, они реализуютъ, объективируютъ его. Не такъ какъ галлюцинирующій или зритель, присутствующій на зрѣлищѣ, которое разворачивается передъ нимъ, но какъ актеръ, который въ увлеченіи вообразалъ бы, что драма, которую онъ изображаетъ, есть дѣйствительность, а не фикція, и превратился-бы тѣломъ и душой въ изображаемое лицо.

Чтобы произошла эта трансформация личности, достаточно произнести съ извѣстнымъ авторитетомъ только одно слово. Я говорю А.:

— Вы старуха.

И она видитъ, что превращается въ старуху; ея фizioномія, ея походка, ея чувство становятся какъ у старухи.

Richet приводитъ нѣсколько примѣровъ превращенія А. и Б. въ крестьянокъ, въ актрисъ, въ священника, въ религіозную женщину и т. д. Мы остановимся только на превращеніи той и другой въ генерала.

А. генераломъ говоритъ: подайте мнѣ подзорную трубу. Гдѣ командиръ I-го полка зуавовъ? Вонъ они..... Я вижу, какъ они входятъ въ лощину..... Командиръ, возьмите роту и атакуйте этихъ людей. Взять также полевую батарею..... Молодцы зуавы! Какъ ловко они лазятъ!..... Чего хотите вы? Какъ, нѣтъ приказаній? (въ сторону): это плохой офицеръ: ничего не умѣетъ дѣлать (то, что говорится въ сторону, она произноситъ тихо, едва шевеля губами, но отчетливо) Вы..... на лѣво. Идите скорѣе (въ сторону): этотъ лучше. Но все таки не совсѣмъ хорошо; (громко) коня, шпагу! (дѣлаетъ жестъ, будто опоясываетъ себя шпагой). Впередъ! Ахъ, я раненъ!.....

Б. генераломъ произноситъ нѣсколько разъ «Гм..... Гм..... Гг.....» принимаетъ суровый видъ и говоритъ отрывистымъ тономъ: «Выпьемъ!—Gagçon абсенту!..... Что это за подицало? ну, дайте мнѣ пройти..... Что тебѣ надо? (ей подають бумагу, которую она какъ

\*

будто читаетъ). Кто это? (ей отвѣчаютъ, что это человѣкъ изъ I-й роты 3-го полка) А, хорошо.... Вотъ! (царапаетъ что то, чего не возможно разобрать. Вы отладите это капитану. И убирайтесь. Гдѣ же абсентъ? (ее спрашиваютъ есть-ли у нея орденъ). Она произноситъ ругательство. (Говорятъ ей про человѣка, который будто распускаетъ исторіи на ея счетъ). Исторіи, какія исторіи? Берегитесь раздражать меня. (Она приходитъ въ сильный гнѣвъ, который оканчивается припадкомъ)».

Такимъ образомъ А. и Б. изображаютъ то, что каждой изъ нихъ приходитъ въ голову въ данную минуту. и примѣры Richet, конечно, не разрѣшаютъ вопроса. на сколько дѣйствительно здѣсь происходитъ трансформация личности. Повидимому, его собственное опредѣленіе.—что спящій входитъ въ свою роль, какъ актеръ, забывающій, что онъ на сценѣ,—довольно близко опредѣляетъ состояніе сомнамбулизма, и здѣсь какъ и относительно актера, остается большое мѣсто предположенію, что, не смотря на кажущееся увлеченіе ролью. въ глубинѣ души все еще сохраняется сознаніе, что исполняемая роль не есть дѣйствительность. И въ самомъ дѣлѣ, спящій воспроизводитъ все то, что возстановляется въ его памяти, все, что было ассоціировано въ его представленіи съ извѣстнымъ типомъ, и дайте ему неожиданную для него задачу, или задачу превосходящую его силы, и онъ поступитъ не такъ, какъ можно бы ожидать по характеру исполняемаго типа а такъ, какъ поступаютъ вообще лица, находящіеся въ сомнамбулическомъ состояніи и не подвергавшіеся измѣненію личности и обыкновенно, при встрѣчающемся затрудненіи. выйдетъ изъ своей роли и уснетъ, т. е. придетъ въ тоже состояніе, въ которомъ онъ былъ до внушенія.

Такой случай приводитъ и Richet, гдѣ одному мало остроумному субъекту было внушено, что онъ адвокатъ, что онъ стоитъ на трибунѣ и долженъ произнести рѣчь. Онъ произнесъ: «обвиняемый, котораго я долженъ защищать»..... Потомъ смѣшался и заснулъ.

Относительно степени и характера измѣненія сознанія личности нужно сказать тоже, что и о степени и характерѣ выполненія внушенія вообще. По этому измѣненію сознанія личности и наблюдается обыкновенно

съ большей или меньшей рѣзкостью въ состояніи активнаго сомнамбулизма, когда внушенная идея можетъ быть дополнена и развита хоть сколько нибудь самимъ спящимъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ такого дополненія не происходитъ, или гдѣ оно происходитъ въ очень слабой степени, тамъ измѣненіе личности бываетъ крайне несовершеннымъ. Такъ, напр., я говорю Г-жѣ С.

— Вы ребенокъ и держите въ рукахъ куклу.

Она складываетъ руки, какъ будто дѣйствительно держитъ куклу.

Она дѣлаетъ руками движеніе, какъ бы удерживая куклу; и плачетъ, какъ и слѣдуетъ ребенку.

Но въ тоже время я спрашиваю: а сколько вамъ лѣтъ? получаю въ отвѣтъ: 20.

Очевидно, съ одной стороны, представленіе о числѣ лѣтъ не входило въ то представленіе о ребенкѣ, котораго она олицетворяла въ данную минуту; съ другой стороны,—получивъ отъ меня внушеніе, что она ребенокъ и держитъ куклу, которую отнимаютъ, она до такой степени частично, или, лучше сказать, буквально, исполнила внушеніе, что была ребенкомъ только по отношенію къ куклѣ.

Плм Г-жа Ш. юнкеромъ, мужской походкой, подходитъ къ воображаемой знакомой, расшаркивается, отвѣшиваетъ низкій поклонъ, почтительно произноситъ: сударыня,—начинаетъ дѣлать рукой движеніе, будто закручиваетъ усы и, по видимому, обдумываетъ что то. Я спрашиваю:

— Вы пили чай?

— Пила.

Юнкеръ закручиваетъ усы и говоритъ: «пила».

Правда: полчаса тому назадъ Г-жа Ш. дѣйствительно пила чай и она могла ошибиться относительно смысла вопроса, но это нисколько не измѣняетъ сущности дѣла.

Приводя эти примѣры, я вовсе не хочу сказать, что такъ должно быть во всѣхъ случаяхъ измѣненія личности. Я хочу только подтвердить, что степень измѣненія бываетъ различна у разныхъ индивидуумовъ, и сдѣлать болѣе вѣрнымъ предположеніе, что въ случаяхъ измѣненія личности сознаніе дѣйствительной индивидуальности не исчезаетъ совершенно, но только

отодвигается болѣе или менѣе на задній планъ. Едва-ли впрочемъ можно утверждать это для всѣхъ случаевъ гипнотическаго измѣненія личности, безъ исключенія. Патологія представляетъ намъ факты, гдѣ сознание личности повидимому совершенно исчезало и замѣнялось на извѣстный періодъ времени другимъ, рѣзко отличнымъ отъ предшествующаго, такъ что въ одномъ періодѣ человѣкъ жилъ одною жизнью, въ другомъ періодѣ другой, при чемъ въ одномъ періодѣ память о другомъ совершенно исчезала. Случаи такого рода достаточно извѣстны, а, разъ они существуютъ, и мы не въ состояніи провести границу между ними и случаями менѣе полной потери памяти и измѣненія сознания,—мы не имѣемъ основанія отрицать возможности полного превращенія личности и подъ вліяніемъ внушенія, если мы уже получаемъ такимъ способомъ столь различныя измѣненія сознания.

Существуютъ ли случаи самостоятельнаго превращенія личности во время гипнотическаго сна, подобно тому какъ мы видѣли это для измѣненія сознания окружающаго,—трудно сказать на основаніи тѣхъ случаевъ, которые наблюдались до настоящаго времени.

Комбъ<sup>1)</sup> приводитъ случай, гдѣ одна молодая служанка въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ каждый вечеръ считала себя епископомъ, говорила и поступала сообразно съ этимъ саномъ. Гамильтонъ<sup>2)</sup> рассказываетъ объ одномъ бѣдномъ подмастерьи, который, какъ только засыпалъ, воображалъ себя богатымъ отцомъ семейства, сенаторомъ; каждую ночь регулярно онъ возвращался къ этой исторіи, рассказывалъ её вслухъ и внятнымъ голосомъ отрицалъ свое истинное значеніе подмастерья, когда ему о немъ напоминали.

Но эти случаи, гдѣ и самое сомнамбулическое состояніе развивалось повидимому произвольно, мало разъясняютъ интересующій насъ вопросъ, такъ какъ здѣсь мы имѣемъ дѣло съ болѣзненнымъ состояніемъ, можетъ быть развивавшимся очень медленно, и совершенно не могутъ уяснить намъ, какъ образовался здѣсь бредъ. Произвольнаго же превращенія личности при искусствен-

<sup>1)</sup> Т. Рибо. Болѣзни памяти. Спб. 1881 г.

<sup>2)</sup> Ibidem.

номъ сомнамбулизмъ, сколько мнѣ извѣстно, не наблюдалось.

Что касается вліянія на органическіе процессы, то посредствомъ внушенія мы можемъ измѣнить ритмъ дыханія, измѣнить дѣятельность сердца, вызвать чувство голода, возбудить рвоту и движеніе кишекъ, вызвать покраснѣніе кожи, приподнятіе эпидермиса и накопленіе подъ нимъ серозной жидкости, какъ подъ вліяніемъ мушки.

Всѣ эти измѣненія наблюдаются, впрочемъ, довольно рѣдко, и многіе наблюдатели не имѣли случая ихъ видѣть. Большую часть они получаютъ какъ результатъ не прямого, но косвеннаго внушенія. Желая, напр., измѣнить дѣятельность сердца, мы можемъ ничего не получить, прямо утверждая, что сердце бьется помѣнѣе, но должны вызвать извѣстное аффективное состояніе, въ результатъ котораго явится уже измѣненная дѣятельность сердца.

Такъ, у Г-жи С., мнѣ удавалось получать учащеніе сердцебіенія съ 90 до 120 ударовъ въ минуту, внушая ей въ одномъ опытѣ, что она ожидаетъ любимаго человѣка, шаги котораго она слышитъ на лѣстницѣ, въ другомъ опытѣ, внушивъ ей, что она находится на экзаменѣ и, плохо зная предметъ, съ волненіемъ ожидаетъ вызова учителя.

Впрочемъ, покраснѣніе кожи было вызываемо *Beaupis* прямымъ внушеніемъ слѣдующаго содержанія: «послѣ пробужденія у васъ будетъ красное пятно на томъ мѣстѣ, къ которому я теперь дотрогиваюсь».

Черезъ 10 минутъ по пробужденіи—на указанномъ мѣстѣ начала появляться краснота, которая мало по малу увеличивалась и, продержавшись 10 или 15 минутъ, постепенно исчезла<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Въ засѣданіи Психологическаго Общества 22 декабря 1887 г., гдѣ я имѣлъ честь демонстрировать нѣкоторыя явленія гипнотическаго сна, прикоснувшись къ рукѣ загипнотизированной дамы ручкой колокольчика, я сказалъ, что это раскаленное желѣзо. Затѣмъ галлюцинація была устранена. При пробужденіи было слѣдано между прочимъ слѣдующее внушеніе: въ теченіе пяти минутъ, начиная съ извѣстнаго срока, на прижатомъ мѣстѣ будетъ развиваться краснота, которая будетъ въ теченіи слѣдующихъ пяти минутъ исчезать. Внушеніе было выполнено, при чемъ появился на кожѣ небольшой рубецъ, совершенно подобный припухлости отъ легкаго ожога, исчезнувшій черезъ указанный срокъ.

У некоторых лиц можно вызвать внушением кровотечение и появление кровотоочивыхъ мѣстъ (стигмъ), какъ это наблюдали Bourgu и Vigot надъ однимъ солдатомъ, страдавшимъ истеро-эпилепсией. Приведя его въ сомнамбулическое состояніе, Bourgu сдѣлалъ ему слѣдующее внушеніе: «заснувъ нынче вечеромъ въ 4 часа, ты придешь въ мой кабинетъ, сядешь въ кресло, скрестишь руки на груди и у тебя пойдетъ изъ носу кровь». Въ указанный часъ онъ исполнилъ внушеніе: изъ лѣвой ноздри показалось нѣсколько капель крови.

Въ другой разъ тотъ же экспериментаторъ написалъ на обоихъ предплечьяхъ тупымъ концомъ скальпеля имя гипнотизируемаго; потомъ, усыпивъ его, сказалъ: «нынче вечеромъ въ 4 часа ты усыпишь себя и на мѣстахъ, которыя я обозначилъ, у тебя пойдетъ кровь и на рукахъ будетъ написано кровавыми буквами твое имя». Въ 4 часа солдатъ гипнотизируетъ себя, на лѣвой рукѣ буквы рельефно обозначаются живою красной и въ разныхъ мѣстахъ появляются капли крови. Три мѣсяца спустя буквы были еще видимы, хотя онѣ мало по малу блѣднѣли. Затѣмъ позже Д-ръ Mabile, въ больницу котораго поступилъ въ послѣдствіи этотъ больной, возобновилъ съ нимъ эти опыты, при чемъ кровотечение на указанныхъ мѣстахъ появлялось моментально. Были констатированы у него также приступы произвольнаго сомнамбулизма, при чемъ больной такъ сказать самъ себѣ внушалъ кровотечение на рукѣ, повторяя такимъ образомъ удивительное явленіе, наблюдавшееся у знаменигой стигматички Луизы Лато.

Наконецъ, съ помощью внушенія мы легко можемъ произвести параличи какъ отдѣльныхъ группъ мышцъ, такъ и цѣлой половины тѣла. Такимъ-же образомъ можно вызвать и потери чувствительности въ томъ или другомъ мѣстѣ, при чемъ и параличи и потеря чувствительности будутъ продолжаться произвольно долгое время, смотря по внушенію.

Намъ слѣдовало бы рассмотретьъ теперь внушенія, исполненіе которыхъ происходитъ спустя извѣстное время послѣ пробужденія, когда человѣкъ находится уже въ бодрственномъ состояніи; но я считаю болѣе удобнымъ говорить объ этомъ при описаніи состоянія гипнотизированныхъ послѣ пробужденія; теперь же

перейду къ вопросу, въ какомъ состояніи или въ какой степени гипнотическаго сна возможно внушеніе.

Отвѣтъ на этотъ вопросъ довольно простъ: во всѣхъ степеняхъ сна внушеніе возможно, ни въ одной оно не является неизбѣжнымъ, при чемъ ближайшее опредѣленіе условій существованія воспріимчивости къ внушенію, по отношенію къ степенямъ сна, пока сдѣлано быть не можетъ. Здѣсь, какъ и по отношенію къ большинству явленій, наблюдаемыхъ въ гипнозѣ, играетъ главную роль индивидуальность субъекта, а не степень сна. Впрочемъ,—чаще всего и съ наибольшей рѣзкостью явленія внушенія наблюдаются въ высшихъ степеняхъ гипнотическаго сна; обыкновенно при этомъ существуетъ ясно выраженное каталептическое состояніе мышцъ, хотя послѣднее можетъ и отсутствовать.

Словомъ, разсмотрѣнныя нами физическія и психическія проявленія гипнотическаго сна, измѣненная дѣятельность тѣла или другихъ органовъ чувствъ и органическихъ отправленій, и воспріимчивость къ внушеніямъ не находятся въ тѣсной взаимной зависимости и могутъ наблюдаться въ неправильныхъ комбинаціяхъ, смотря по субъекту.

Мнѣ приходилось видѣть воспріимчивость къ внушеніямъ почти во всѣхъ степеняхъ, кромѣ самой первоначальной, когда развивается только нѣкоторая сонливость; при этомъ я совершенно не могъ замѣтить какой нибудь характерной черты, которая сопровождала бы такое состояніе воспріимчивости и наиболѣе характернымъ признакомъ даннаго состоянія нужно было считать именно самую воспріимчивость къ внушеніямъ.

Мышцы находятся то въ обыкновенномъ состояніи, то въ слегка напряженномъ, каталептоидномъ, то въ катаlepsii, то существуютъ контрактуры.

Что касается до состоянія сознанія, то оно также не всегда одинаково. Въ глубокихъ степеняхъ сна сознаніе окружающаго легко измѣняется въ зависимости отъ внушенія и субъектъ совершенно теряетъ представленіе о томъ,—гдѣ онъ и что съ нимъ. Въ другихъ же случаяхъ сознаніе окружающаго существуетъ, существуетъ также и сознаніе сдѣланнаго внушенія и субъектъ даже пытается противоdѣйствовать совершенію извѣстнаго акта, но его силы оказываются для этого уже

слишкомъ слабыми. Передъ нами — совершенная абулія, отсутствіе воли безъ замѣтнаго измѣненія сознанія. Впрочемъ, въ остальномъ психическая дѣятельность нарушается въ большей или меньшей мѣрѣ аналогично тому, что мы видѣли въ высшихъ степеняхъ сна.

Хорошій примѣръ такого состоянія абуліи представляла Г-жа А.

Послѣ продолжительнаго гипнотизированія она перешла въ состояніе, на первый взглядъ похожее на сильное утомленіе, или полусонъ. Въ состояніи мышцъ не произошло сколько нибудь рѣзкой перемѣны, развѣ только движенія стали болѣе медленны. Сознаніе окружающаго сохранилось вполнѣ; она не только узнавала всѣхъ присутствовавшихъ, но разговаривала съ ними и смѣялась въ отвѣтъ на ихъ шутки, хотя въ тоже время оживлялась очень мало и подвижность ея лица была замѣтно слабѣе нормальной.

Исполненіе внушенія оказалось возможнымъ.

— Станьте на колѣни.

Она засмѣялась. Такое требованіе естественно показалось ей страннымъ.

— Вѣдь я не сплю и напрасно вы думаете, что я васъ слушаюсь.

Я не повторялъ требованія и ждалъ, въ виду того что, какъ мнѣ приходилось наблюдать неоднократно, исполненіе внушенія въ состояніи абуліи совершается очень медленно и процессъ фізіологическихъ измѣненій протекаетъ вначалѣ совершенно безсознательно. Исполняющій внушеніе увѣренъ, что онъ не двигнетъ ни однимъ членомъ и вдругъ съ удивленіемъ и, не рѣдко, досадой видитъ, что онъ начинаетъ уже нѣкоторое движеніе въ смыслѣ полученнаго приказанія. Естественно, онъ дѣлаетъ попытку остановить его, но тутъ то и обнаруживается тотъ психическій дефектъ, который существуетъ у него въ данную минуту: онъ уже не имѣетъ власти надъ развивающимся процессомъ и не въ силахъ удержать движенія.

Такъ было и на этотъ разъ. Черезъ нѣсколько времени, приблизительно черезъ минуту, Г-жа А. стала медленно опускаться на колѣни. Она стала серьезна. Видимо она почувствовала, что что то совершается съ ней.



— Не стану на колѣни, проговорила она, хотя я не повторялъ требованія и только съ большимъ вниманіемъ слѣдилъ за происходящими измѣненіями.

Постепенно она опускалась все ниже и ниже, все также медленно.

— Не стану, что за вздоръ!

Но это было уже послѣднее выраженіе—если не борьбы, то тѣхъ попытокъ къ сопротивленію, стремленіе къ которымъ, быть можетъ, возникало въ ея сознаніи, и еще черезъ нѣсколько времени она стояла уже на колѣняхъ, къ чему теперь относилась уже совершенно безучастно.

Галлюцинаціи также вызывались очень легко, причемъ, при появленіи ихъ, подобно тому какъ при исполненіи приведеннаго внушенія, Г-жа А. опять становилась серьезна и сосредоточена. Шутки и попытка добиться отъ нея отвѣта со стороны окружающихъ не производили на нее болѣе впечатлѣнія и она казалась совершенно поглощенной исполненіемъ возложенной на нее задачи.

Въ это время, при исполненіи внушенія, она не отличалась отъ находящихся въ глубокомъ гипнотическомъ снѣ ничѣмъ, кромѣ развѣ того, что развитіе наблюдаемыхъ явленій совершалось крайне медленно.

Въ общемъ—такіе случаи должны быть отнесены не къ высшимъ степенямъ гипнотическаго сна, а къ одной изъ промежуточныхъ степеней, болѣе или менѣе приближающихся къ глубокому сомнамбулизму.

Внушенія, которыя можно дѣлать въ подобномъ состояніи абуліи, довольно разнообразны, но по большей части они, по видимому, происходятъ легче, если дѣло касается двигательныхъ актовъ. Галлюцинаціи наблюдаются рѣже, хотя въ описанномъ случаѣ онѣ и появлялись съ большою отчетливостью.

Нужно упомянуть также о случаяхъ внушенія въ состояніи бодрствованія. Часть этихъ случаевъ, именно тѣ, гдѣ внушеніе во время бодрствованія наблюдается послѣ предшествовавшаго гипнотизированія и которые составляютъ большинство, мы рассмотримъ, говоря о психическомъ состояніи послѣ пробужденія; о другихъ же, гдѣ внушеніе наблюдалось у лицъ, никогда не подвергавшихся гипнотизированію скажу нѣсколько словъ

здѣсь. Намъ придется различать два рода случаевъ. Чтобы охарактеризовать случаи перваго рода, я напому вамъ о той дамѣ, о которой была рѣчь вначалѣ и которая впала въ гипнозъ отъ ожиданія. Представьте себѣ такого предрасположеннаго субъекта лицомъ къ лицу съ гипнотизеромъ. Нѣкоторые изъ такихъ лицъ, какъ мнѣ приходилось слышать самому, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ никакой рѣчи объ усыпленіи, зная только, что передъ ними находится гипнотизеръ, чувствуютъ уже признаки наступленія гипнотическаго сна. Тяжесть въ ногахъ, нѣкоторую слабость и внутреннее безпокойство, протекающее изъ опасенія, что эти признаки привлекутъ къ себѣ вниманіе гипнотизера и онъ усыпитъ ихъ противъ ихъ воли. На ряду съ этими мыслительные процессы ослабляются, вниманіе сосредоточивается на ожиданіи того или другого поступка со стороны гипнотизера и, при нѣкоторыхъ условіяхъ, это самостоятельно развивающееся гипнотическое состояніе можетъ дойти до такой степени, что одного слова будетъ достаточно, чтобы наступилъ гипнозъ. Понятно, это будетъ гипнозъ отъ внушенія и слѣдовательно состояніе даннаго субъекта отличалось значительной воспримчивостью къ внушеніямъ и, если бы вмѣсто: засните,—вы сказали: выпейте стаканъ воды,—эффектъ получился бы одинъ и тотъ же: внушеніе было бы выполнено.

Вы согласитесь со мной, что въ случаяхъ такого рода и еще менѣе тамъ, гдѣ воспримчивость къ внушеніямъ обнаруживается у лицъ гипнотизированныхъ ранѣе, едва ли можетъ быть рѣчь о бодрствованіи, понимая подъ этимъ словомъ правильное нормальное взаимодействіе различныхъ сторонъ душевной дѣятельности.

Аналогичными указаннымъ являются и другого рода случаи внушенія въ бодрственномъ состояніи у разныхъ лицъ,—преимущественно удѣтей, при какихъ либо исключительныхъ обстоятельствахъ,—случаи, ставшіе въ настоящее время предметомъ большого интереса съ судебно-медицинской точки зрѣнія.

Что касается дѣтей, то легкость внушенія у нихъ до нѣкоторой степени объясняется недостаточнымъ развитіемъ высшихъ психическихъ функцій, ослабленіе которыхъ, какъ мы видѣли, предшествуетъ наступленію

стадія рѣзкой воспріимчивости къ внушеніямъ; вслѣдствіе чего вліянія, вызывающія предварительныя измѣненія организма, могутъ быть слабѣе и дѣйствовать менѣе продолжительное время, чѣмъ это требуется у взрослыхъ.

Останавливаясь на такихъ случаяхъ, хотя они и представляютъ нѣкоторый особенный интересъ, мы не будемъ, чтобы не отклоняться отъ главной задачи характеристики гипнотического состоянія.

Совершенно оставляя въ сторонѣ вопросъ о пробужденіи, имѣющій исключительно практическую важность, мы перейдемъ къ разсмотрѣнію психического состоянія гипнотизированныхъ съ того момента, какъ они исполнили сдѣланное имъ внушеніе проснуться, открыли глаза и, повидимому, сознание вполне къ нимъ возвратилось.

Мы видѣли, что въ теченіе сна, кромѣ разнаго измѣненія психической дѣятельности, замедленія ассоціацій или односторонней дѣятельности отдѣльныхъ ассоціонныхъ группъ, существовали многочисленныя измѣненія дѣятельности различныхъ органовъ. Исчезновенія всѣхъ происшедшихъ измѣненій совершается не тотчасъ по пробужденіи и, смотря по индивидууму, требуется извѣстное время, чтобы организмъ пришелъ снова въ то же состояніе, въ которомъ онъ находился до засыпанія.

Прежде всего является сознание окружающаго и просыпающійся послѣ гипнотического сна въ высшей степени напоминаетъ просыпающаго послѣ сна физиологическаго. Внушеніе проснуться производитъ, повидимому, свое вліяніе прежде всего въ томъ смыслѣ, что устраняетъ изъ сознанія загипнотизированнаго всѣ могущія существовать тамъ неправильныя представленія о времени, мѣстѣ и пр., и рѣзко вызываетъ сознаніе дѣйствительнаго состоянія, напоминая въ то же время о забытомъ окружающемъ мірѣ.

Переходъ гипнотического состоянія въ нормальное начинается уже съ момента внушенія, и когда загипнотизированный, черезъ большій или меньшій промежутокъ времени, открываетъ глаза, онъ уже настолько подготовленъ къ воспріятію дѣйствительныхъ впечатлѣній, что ему, какъ послѣ физиологическаго сна,

требуется лишь нѣсколько мгновений, чтобы отдать себѣ отчетъ въ отношеніяхъ окружающихъ его предметовъ. И дѣйствительно, выраженіе мирнаго спокойствія на лицѣ загипнотизированнаго, по мѣрѣ проявленія сознанія, медленно измѣняется, переходя къ обычному нормальному выраженію, но и въ то время, когда глаза уже открываются, еще не существуетъ той живости, какая свойственно воображенію лица бодрствующаго. Въ теченіи нѣсколькихъ мгновений, проведенныхъ съ открытыми глазами, лицо оживляется еще болѣе, хотя и продолжаетъ сохранять болѣе или менѣе долгое время особенное выраженіе, болѣе всего похожее на выраженіе глубокой задумчивости.

Съ того момента, какъ глаза открыты и гипнотизированный ориентировался относительно окружающаго, онъ считаетъ себя проснувшимся совершенно и гипнотическое состояніе, отошедшимъ въ прошлое. Въ дѣйствительности-же можно констатировать существованіе еще нѣкоторыхъ измѣненій. Такъ потеря чувствительности, въ гипнозѣ достигающая иногда чрезвычайно высокой степени, въ большей или меньшей мѣрѣ сохраняется и послѣ пробужденія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ослабленіе чувствительности остается въ незначительной степени, проснувшійся не замѣчаетъ этого и удивляется, что онъ очень слабо, или совсѣмъ не чувствуетъ уколовъ булавки, хотя, по его мнѣнію, онъ уже совершенно не спитъ. Въ другихъ-же случаяхъ, гдѣ потеря чувствительности остается значительной и послѣ пробужденія, это отзывается и на самочувствіи субъекта. Повидимому, это бываетъ преимущественно тогда, когда, на ряду съ утратой осязательной чувствительности, существуетъ и потеря мышечнаго чувства. Одна изъ пробужденныхъ мною такъ охарактеризовала свое психическое состояніе черезъ нѣкоторое время послѣ пробужденія:

— Мнѣ что-то нехорошо. Мнѣ кажется, что меня нѣтъ.

Трудно болѣе просто охарактеризовать присутствіе сознанія своей индивидуальности и сознанія окружающаго, при одновременномъ отсутствіи привычныхъ ощущеній, получаемыхъ отъ нашего тѣла, и отъ воздѣйствія окружающей на насъ среды.

Воспріимчивость къ внушеніямъ сохраняется также довольно долгое время послѣ пробужденія. Легко могутъ быть вызваны галлюцинаціи, внушены различнаго рода поступки; впрочемъ внушенія съ исполненіемъ чрезъ извѣстный срокъ мнѣ не приходилось наблюдать въ этомъ состояніи, подобномъ тому, какъ и въ состояніи абуліи, описанномъ выше, съ которымъ рассматриваемое состояніе имѣетъ чрезвычайно много общаго, сознаніе окружающаго существуетъ, гипнотизированный полагаетъ, что въ его состояніи не произошло значительныхъ перемѣнъ, но равновѣсіе психической жизни еще очень неустойчиво и нарушается даже при слабыхъ вліяніяхъ.

Черезъ нѣсколько времени остатки гипнотическаго состоянія становятся незамѣтными и нельзя уже узнать, былъ человѣкъ недавно гипнотизированъ, или нѣтъ. У лицъ, гипнотизированныхъ въ первый разъ, это время нѣсколько больше, чѣмъ у тѣхъ, кто нѣсколько разъ подвергался опытамъ, и у послѣднихъ переходъ отъ бодрствованія ко сну и обратно совершается съ такою быстротой, что кажется происходящимъ въ нѣсколько секундъ.

Но и тѣ, кто, повидимому, совершенно оправился послѣ гипнотическаго опыта, еще долгое время хранятъ въ себѣ слѣды разъ вызваннаго состоянія. Слѣды эти обнаруживаются въ томъ, что вліяніе гипнотизера не утрачивается; по отношенію къ нему гипнотизированный обнаруживаетъ гораздо менѣе сопротивленія, чѣмъ по отношенію къ другимъ лицамъ, и нерѣдко случается, что гипнотизеръ можетъ дѣлать внушенія однажды гипнотизированному имъ субъекту, не прибѣгая къ вторичному гипнотизированію. Случаи такого рода и рассматриваются обыкновенно какъ внушенія въ состояніи бодрствованія.

Какъ это внушеніе, такъ и странное на первый взглядъ вліяніе одного человѣка на другого, намъ тотчасъ выяснятся нѣсколько болѣе.

Слѣды гипнотическаго состоянія исчезаютъ постепенно въ теченіи неопредѣленнаго времени.

Что касается состоянія памяти гипнотизированныхъ послѣ пробужденія, степени воспоминанія происходившаго во время гипноза, то мнѣнія различныхъ изслѣ-

вателей въ этомъ отношеніи очень различны. Одни полагаютъ, что воспоминаніе легко можетъ быть вызвано, хотя и не возникаетъ самостоятельно, другіе думаютъ, что сохраняется воспоминаніе только о галлюцинаціяхъ, третьи наконецъ считаютъ воспоминаніе исчезнувшимъ совершенно.

Въ дѣйствительности наблюдается различное состояніе памяти. Я приведу два различныхъ примѣра:

— Г-жа Т., получившая внушеніе, исполненіе котораго назначено черезъ недѣлю, послѣ пробужденія съ большимъ оживленіемъ разказывала о своихъ галлюцинаціяхъ, но легко было замѣтить, что воспоминанія ея очень отрывочны. Она спрашивала, такъ-ли было дѣйствительно впущено, и, вспомнивъ ту или другую галлюцинацію, оставалась въ нѣкоторомъ недоумѣніи, не было-ли чего нибудь еще. Смутное сознаніе, что были и другія галлюцинаціи у нея существовало и она не успокоилась до тѣхъ поръ, пока не возстановила въ своей памяти всего ею видѣннаго и сдѣланнаго. Осталось только внушеніе на срокъ, о которомъ она, по видимому, не вспомнила. Но черезъ нѣкоторое время она замѣтила:

— Нѣтъ, это не все. Было еще что-то.

Не получивъ отвѣта, она стала усиленно вспоминать.

— Да, знаю, вспомнила она наконецъ, но на вопросъ, что-же это такое, не пожелала отвѣтить.

— Ничего, такъ.

Другой разъ, у госпожи У..., гипнотизированной нѣсколько разъ, мнѣ пришлось наблюдать совершенную потерю памяти безъ возможности вызвать воспоминанія.

— Считайте до десяти, говорю я госпожѣ У..., и постепенно засыпайте. На послѣдней цифрѣ засните совершенно.

— Не буду считать и не засну.

Тѣмъ не менѣе она исполняетъ сказанное. Дойдя до 5-ти, она начинаетъ выговаривать числа медленно и невнятно и на 8-ми останавливается. Сонъ наступилъ. Я побуждаю ее докончить и послѣднія двѣ цифры она произноситъ уже во снѣ. Я заставляю ее исполнять различныя внушенія, переходить изъ комнаты въ комнату, и тому подобное. Затѣмъ, черезъ нѣсколько

минуть сажаю на прежнее мѣсто и дѣлаю внушеніе, аналогично первому:

— Считайте до десяти и постепенно просыпайтесь. На послѣдней цифрѣ проснитесь совершенно.

Симъ начинается. Дойдя опять до половины, она считаетъ нѣсколько быстрѣе, дѣйствительно просыпается на 10 и объявляетъ мнѣ съ торжествомъ:

— Я сказала, что не засну, вотъ и не заснула. Сосчитала, а не заснула. Начало счета при засыпаніи и окончаніе при пробужденіи соединились въ ея сознаніи въ одно цѣлое. Все, что было въ промежуткѣ во время сна окончательно утратилось. Всѣ мои попытки вызвать воспоминаніе оказались тщетными.

Признаюсь на первый разъ я заподозрилъ симуляцію, но впослѣдствіи, многими повторными опытами, я убѣдился, что госпожа У... дѣйствительно была не въ состояніи вспоминать происходившаго съ ней во время гипнотическаго сна. Определить условія различныхъ степеней воспоминанія пока невозможно. Можно предполагать только, что здѣсь играетъ важную роль глубина сна, такъ какъ при повторномъ гипнотизированіи способность воспоминанія замѣтно слабѣетъ.

Относительно того, насколько въ гипнотическомъ состояніи ясно сохраняется воспоминаніе о происшедшемъ во время предшествующаго гипноза, я не могу сказать ничего, такъ какъ мои наблюденія въ этомъ отношеніи очень недостаточны.

---

Теперь предположено, что загипнотизированный получилъ внушеніе, которое онъ долженъ исполнить черезъ извѣстное время послѣ пробужденія. Срокъ, на который можетъ быть сдѣлано внушеніе, трудно определить даже приблизительно. Существуетъ наблюденіе, гдѣ исполненіе послѣдовало черезъ годъ послѣ внушенія <sup>1)</sup>.

Относительно исполненія внушенія прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что внушеніе можетъ быть совершенно не исполнено или исполнено не вполне даже тогда, если существуетъ вообще способность подчиняться внушеніямъ. Такихъ случаевъ мнѣ пришлось

<sup>1)</sup> Liègeois et Liébeault. Revue del'hypnotisme. 1886. № 5.

видѣть очень мало, раза 2—3 и для меня не вполне ясно, гдѣ слѣдуетъ искать причину этого. Повидимому чаще всего это вина гипнотизера, который или не вполне опредѣлено выразилъ внушеніе, или не точно опредѣлилъ срокъ, или не принялъ во вниманіе состоянія субъекта, возможной галлюцинаціи и пр. и меньше всего неисполненіе внушеній слѣдуетъ приписывать сознательному противодѣйствию гипнотизированнаго, что намъ тотчасъ будетъ болѣе ясно, при разсмотрѣніи случаевъ выполненія внушенія.

Послѣ того, какъ произведенныя гипнотическимъ состояніемъ измѣненія болѣе или менѣе сгладились, психическое состояніе гипнотизированныхъ можно считать нормальнымъ. Таково оно и у получившаго внушеніе на срокъ. Вниманіе его безпрепятственно направляется на тотъ или другой предметъ, какъ въ нормальномъ состояніи, сосредоточиваясь по временамъ то на одномъ, то на другомъ обстоятельствѣ, ассоціаціи совершаются легко, психическое содержаніе разнообразно. По мѣрѣ приближенія срока, только что существовавшее психическое равновѣсіе нарушается. Гипнотизированный какъ-бы вспоминаетъ что-нибудь. Секунду останавливается онъ на этомъ воспоминаніи и затѣмъ снова успокаивается. Черезъ короткое время становится замѣтнымъ, что мысль его чѣмъ-то занята. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ исполненію внушенія препятствуетъ застѣнчивость или тому подобное, въ сознаніи гипнотизированнаго начинается видимая борьба. Онъ все болѣе сосредоточивается на внушенной ему задачѣ и хотя пытается еще отдѣлаться отъ овладѣвающей имъ идеи, — то третъ себѣ лобъ и встряхиваетъ головой, то переходитъ съ мѣста на мѣсто, или ищетъ себѣ по временамъ поддержку въ мнѣніи другихъ людей, стараясь сдѣлать намекъ въ томъ смыслѣ, что онъ желалъ-бы сдѣлать то или другое, какъ-бы пытаясь обусловить будущій поступокъ, то прямо спрашивая ихъ мнѣніе о томъ, что онъ намѣренъ сдѣлать, или откровенно признаваясь, что ему въ голову пришла странная мысль, — тѣмъ не менѣе, не смотря на эти попытки, чѣмъ ближе придвигается срокъ исполненія, тѣмъ болѣе изъ его сознанія исче-



заетъ стремленіе къ противодѣйствию и является господствующей одна идея, идея впечатлѣнія внушенія.

Наконецъ, наступаетъ указанный срокъ и гипнотизированный приступаетъ къ исполненію возложенной на него задачи. Если обратить въ это время вниманіе на его психическое состояніе, то легко убѣдиться, что оно почти не отличается отъ обыкновеннаго гипноза.

Сознаніе окружающаго не существуетъ, психическая дѣятельность, кромѣ той, какая необходима для совершенія внушеннаго акта, прекращается и воспріимчивость къ внушеніямъ совершенно равняется той, которую данный субъектъ обнаруживалъ въ гипнотическомъ состояніи. Вы можете однимъ словомъ остановить исполненіе внушенія и замѣнить его другимъ. Скажете: засните,—и немедленно всякая дѣятельность прекращается и вы имѣете передъ собою вполне выраженный гипнозъ. Такое же засыпаніе произойдетъ и въ томъ случаѣ, если исполненіе сдѣланнаго внушенія невозможно, вслѣдствіе его неисполнимости или вслѣдствіе какихъ-либо препятствій. Срокъ исполненія наступилъ, гипнотизированный перешелъ въ описанное уже нами состояніе и тутъ оказывается, что сдѣлать то, что въ данную минуту составляетъ его единственную цѣль, невозможно. Тогда онъ погружается въ сонъ. Пробудившись черезъ нѣкоторое время, при вторичномъ возникновеніи идеи внушенія, онъ снова засыпаетъ и т. д. Передъ нами припадки сомнамбулизма. По временамъ любители и странствующие гипнотизеры доставляютъ такіе сюрпризы лицамъ черезчуръ доверчиво отдающимъ себя въ ихъ распоряженіе. Послѣ исполненія внушенія, состояніе гипнотизированнаго въ высшей степени напоминаетъ пробужденіе отъ сна. Онъ глубоко вздыхаетъ и осматривается. Одновременно съ этимъ выраженіе его лица измѣняется также, какъ мы видѣли это при пробужденіи; оно оживляется мало-по-малу и постепенно, опять-таки съ большей или меньшей скоростью, но обыкновенно скорѣе, чѣмъ при пробужденіи отъ гипнотическаго сна, возвращается нормальная психическая дѣятельность. И послѣ исполненія внушенія, какъ послѣ настоящаго гипноза сохраняется на нѣкоторое время большая воспріимчивость

\*

къ внушеніямъ. О совершенномъ остается смутное, неопредѣленное воспоминаніе.

Мы видѣли, что для полнаго пробужденія требуется извѣстный промежутокъ времени. Съ другой стороны, передъ исполненіемъ внушенія, въ теченіи нѣкотораго времени, такъ же происходятъ подготовительныя измѣненія, аналогичныя наступленію сна.

Если мы внушимъ исполненіе какого-либо акта вскорѣ послѣ пробужденія, и такимъ образомъ сблизимъ періодъ пробужденія и періодъ исполненія внушенія, то, при соотвѣтствующей величинѣ оставленнаго промежутка, мы не получимъ полнаго пробужденія до окончанія исполненія внушенія. Такъ, напримѣръ, я приказываю госпожѣ С... черезъ 5 минутъ послѣ пробужденія, потушить стоящія на столѣ свѣчи, и пробуждаю ее. Нѣкоторое время она разговариваетъ, впрочемъ очень вяло, съ окружающими, затѣмъ встаетъ, подходитъ къ столу и останавливается около него. Теперь она уже не отвѣчаетъ на задаваемые ей вопросы. Внушенная идея уже овладѣваетъ ею, но она не дѣлаетъ еще никакого движенія.

Наконецъ, въ свое время, она тушитъ свѣчи, послѣ чего уже начинается настоящій переходъ къ полному бодрствованію.

Въ заключеніе, я остановлю ваше вниманіе еще на одномъ фактѣ, объединяющемъ до нѣкоторой степени явленія гипноза и явленія исполненія внушенія.

Если послѣ того, какъ пробужденіе наступило, мы напомнимъ гипнотизированному одно изъ внушеній, дѣланныхъ ему во время гипноза, или одну изъ вызывавшихся иногда галлюцинацій, и при томъ въ тѣхъ же выраженіяхъ, которыя употреблялись во время сна, мы замѣтимъ, что у него развивается состояніе, похожее на засыпаніе. Какъ будто при знакомыхъ звукахъ, воспринятыхъ передъ тѣмъ въ совершенно особомъ состояніи, организмъ стремится снова перейти въ тоже состояніе и снова воспринять ихъ при прежнихъ условіяхъ. И снова легко развивается гипнотическое состояніе и крайняя восприимчивость къ внушеніямъ.

Такое-же вліяніе производятъ и зрительныя впечатлѣнія, связанныя въ сознаніи гипнотизированнаго со

сномъ или съ наступленіемъ сна, вслѣдствіе чего, на-  
примѣръ, лица, усыпленные съ помощью фиксаціи  
блестящихъ предметовъ, нерѣдко засыпаютъ впослѣд-  
ствіи при видѣ блестящихъ дверныхъ ручекъ и пр.  
Имѣя въ виду это обстоятельство, мы не найдемъ уже  
ничего удивительнаго въ сохраняющемся извѣстное  
время вліяніи гипнотизера. Его фигура, его голосъ  
дѣйствуютъ на даннаго субъекта не потому, что су-  
ществуетъ исключительно то или другое представленіе  
о его личности, но единственно потому, что сумма впе-  
чатлѣній, исходящихъ отъ гипнотизера, тѣсно связана  
съ гипнотическимъ состояніемъ и его присутствіе такъ  
же вызываетъ измѣненія въ организмѣ, подобныя за-  
сыпанію и обуславливающія повышенную воспріимчи-  
вость къ внушеніямъ, какъ и напоминаніе о прочи-  
танномъ во снѣ стихотвореніи, или видѣнномъ галлю-  
цинаторномъ образѣ.

Если мы примемъ во вниманіе такое вліяніе напоми-  
нанія,—намъ будетъ понятно и то, чѣмъ обуслови-  
вается исполненіе внушеній, о которыхъ гипнотизиро-  
ванный, повидимому, не только не думаетъ до времени  
выполненія, но даже и не помнитъ ихъ. Всѣ внушенія  
пріурочиваются къ условіямъ дѣйствительной жизни,  
при чемъ, конечно, всегда имѣется въ виду, чтобы  
обстоятельство, опредѣляющее срокъ, не принадлежало  
къ числу очень измѣнчивыхъ и, слѣдовательно, съ по-  
ложительностью можно ожидать, что въ тотъ или дру-  
гой моментъ, въ сознаніи гипнотизированнаго возник-  
нетъ представленіе, опредѣляющее время, произойдетъ  
рѣзкое напоминаніе о внушеніи и затѣмъ уже будетъ  
развиваться знакомая намъ картина его выполненія.

Послѣ окончанія внушеннаго акта гипнотизирован-  
ный мало интересуется совершеннымъ, какъ-бы забы-  
вая все, имъ сдѣланое. Если спрашивать его о при-  
чинѣ его поступка, то обнаруживается слѣдующее ори-  
гинальное и важное обстоятельство. Мы видѣли, — съ  
какою неизбѣжностью выполняется внушеніе; видѣли,  
что человѣкъ теряетъ всякую власть надъ своими дѣй-  
ствіями,—превращается въ машину и въ то же время,  
на вашъ вопросъ: что побудило его совершить данный  
актъ,—онъ говоритъ, что ему такъ захотѣлось. Почему  
захотѣлъ онъ именно то, а не другое, онъ не знаетъ.

Возникшее желаніе ему самому кажется страннымъ, но тѣмъ не менѣе поступокъ его обусловленъ его собственнымъ желаніемъ и ничѣмъ больше.

Мы видѣли, что въ психической сферѣ загипнотизированнаго совершается сложный процессъ, за послѣдовательными стадіями котораго мы шагъ за шагомъ слѣдили, и для насъ не остается сомнѣнія, что о произволѣ загипнотизированнаго, о руководствѣ его тѣмъ или другимъ желаніемъ не могло быть и рѣчи; и тѣмъ не менѣе онъ утверждаетъ, что ему такъ хотѣлось. Становясь машиной, человѣкъ не перестаетъ быть человѣкомъ и стремится обусловить свои дѣйствія своей волей, хотя-бы цѣною самообольщенія. Конечно, это не одно только упорство въ заблужденіи. Повидимому, гораздо скорѣе причина этого заключается въ томъ, что желаніе, рассматриваемое, какъ психическое состояніе,—не предшествуетъ связанному съ нимъ дѣйствию, а сопровождаетъ его и служитъ только выразителемъ уже происходящихъ въ организмѣ измѣненій, являясь психическимъ эквивалентомъ фізіологическаго процесса. Но этотъ вопросъ лежитъ уже за предѣлами поставленной нами задачи.

---

Какъ вы видите, я могъ коснуться только главнѣйшихъ фактовъ, относящихся къ области гипнотизма и внушенія и много важныхъ вопросовъ, о которыхъ недостаточно сказать только нѣсколько словъ, остались даже безъ упоминанія.

Заканчивая мой рефератъ, я не могу не коснуться, хотя коротко, вопроса о вредѣ гипнотическихъ опытовъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что производимые врачомъ, который не только имѣетъ въ виду типичные случаи гипноза и возможные уклоненія, но можетъ и правильно оцѣнить и случайныя осложненія, находящіяся въ зависимости отъ состоянія нервной системы субъекта, подвергающагося опыту, и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ поступить согласно требованіямъ науки,—гипнотическіе опыты безусловно безвредны.

Иначе обстоитъ дѣло, если гипнотизировать возьмется человѣкъ неопытный и несвѣдующій.

А между тѣмъ гипнотизированіе чрезвычайно распространено въ обществѣ. Многі извѣстны случаи, гдѣ очень молодые люди, почти дѣти, съ увлеченіемъ предаются этому занятію, не встрѣчая особеннаго противоѣдствія со стороны взрослыхъ, которые и сами не прочь, при случаѣ, усыпить кого нибудь изъ желающихъ. Въ виду этого нельзя согласиться съ мнѣніями, которыя высказываются въ пользу обсужденій вопросовъ, касающихся гипнотизма въ закрытыхъ засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Литература гипнотизма, и при томъ болѣе или менѣе популярная растетъ съ необыкновенной быстротой и книги покупаются на расхватъ <sup>1)</sup>. Въ тоже время производство опытовъ легко, а любопытство такъ сильно въ человѣкѣ. Недостаточно предупреждать о возможности вредныхъ послѣдствій гипнотизированія; нужно, чтобы въ публикѣ сложилось пониманіе сложности явленій и чувство благоразумія нашло бы себѣ опору въ этомъ пониманіи. А развитію правильнаго, трезваго взгляда, конечно, гораздо болѣе могутъ содѣйствовать ученныя общества, гдѣ вопросъ обсуждается съ различныхъ точекъ зрѣнія и гдѣ увлеченіе одного теряетъ свое значеніе, чѣмъ брошюры и т. п., понимаемыя каждымъ читающимъ по своему.

Другое дѣло публичное производство опытовъ, а тѣмъ болѣе представленіе загипнотизированныхъ на сценѣ; но такія представленія запрещены въ настоящее время почти во всѣхъ государствахъ Европы.

---

На основаніи изложеннаго я считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующія заключенія:

1) Гипнотическое состояніе выражается нарушеніемъ высшихъ функций психическаго органа, разстройствомъ ассоціацій, заключающимся въ частичной дѣятельности отдѣльныхъ ассоціаціонныхъ группъ.

2) Такимъ образомъ теряется способность правильной оцѣнки дѣйствительности,—для чего необходима совмѣстная, стройная дѣятельность всѣхъ частей психическаго органа,—и создается условіе для появленія

---

<sup>1)</sup> За послѣднее время во Франціи стали появляться и романы, гдѣ гипнотизму отведено первое мѣсто, такъ, напр., романъ А. Verlot. Alphonsine.

галлюцинацій, чему способуєть также, измѣненная подѣ вплиніемъ нарушеннаго взаємодѣйствія, дѣятельность нисшихъ центровъ.

3) Въ большинствѣ случаевъ психическая дѣятельность и дѣятельность органовъ чувствъ по степени силы мало отличаются отъ нормальной.

Наблюдаемое въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезвычайное повышение дѣятельности органовъ чувствъ и повышения психической дѣятельности не слѣдуетъ считать зависящимъ исключительно отъ гипнотическаго состоянія и такіе случаи заслуживаютъ отдѣльнаго изученія.

Случаи, гдѣ обнаруживается мысленное внушеніе и дѣйствіе лѣкарствъ на разстояніи, если будутъ доказаны, должны быть отнесены къ этой же категоріи.

5) При исполненіи внушенія психическое состояніе субъекта не отличается отъ гипноза.

Аналогичное состояніе развивается при напомниманіи происходившаго во время сна, если напомниманіе достаточно точно воспроизводитъ видѣнное или слышанное во снѣ.

6) Воспоминаніе о происходившемъ во время сна, часто вполне сохраняющееся, ослабѣваетъ по мѣрѣ повторенія опытовъ и можетъ уничтожиться совершенно <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Сообщение. читаное въ психологическомъ обществѣ въ Москвѣ 30 октября, 1887 г.

# Эпилепсія.

В. Д. Троновъ.

Изъ психо-нервнаго отдѣленія Бобруйскаго мѣстнаго военнаго лазарета.

Эпилепсія представляетъ собою болѣзнь, встрѣчающуюся большею частію у субъектовъ, пользующихся атлетическимъ тѣлосложеніемъ. Эта болѣзнь нетерпима въ войскахъ, а потому она у насъ въ западномъ краѣ почему-то является излюбленною болѣзнію для симуляціи какъ между новобранцами, такъ и между молодыми солдатами, особенно-же изъ нихъ между лицами принадлежащими къ расколу, высланными въ здѣшній край изъ Великороссіи, еще во времена Николая I-го,—эти лица легко «идутъ на падучую». По нашимъ существующимъ законоположеніямъ, мы можемъ держать испытуемыхъ лицъ по падучей болѣзни въ лечебныхъ заведеніяхъ въ теченіи шести мѣсяцевъ, а потому тамъ, гдѣ существуетъ сомнѣніе въ дѣйствительной эпилепсіи, не слѣдуетъ рисковать выводами ни за, ни противъ, ибо таковыя субъекты представляютъ собою богатый матеріалъ для усовершенствованія въ распознаваніи ложной эпилепсіи отъ дѣйствительной. При этомъ нужно вѣрить только своимъ пяти чувствамъ—зрѣнію, слуху, обонянію, вкусу и осязанію; при такихъ только условіяхъ можно быть увѣреннымъ, что симулянтъ эпилептикъ не вывернется изъ подъ рукъ,—равно не слѣдуетъ довѣряться и окружающей молвѣ, которая иногда назойливо будетъ подсказывать, что у даннаго испытуемаго субъекта нѣтъ, да и вовсе не было эпилепсіи, ибо подобное зачастую продѣлывается злонамѣренно, дабы сдать въ военную службу дѣйствительнаго эпилептика, который будетъ нести службу въ полку только до перваго припадка эпилепсіи,

причемъ онъ все-таки уйдетъ въ счетъ требуемаго числа людей для военной службы отъ извѣстнаго общества. При испытаніи эпилепсiи, дабы вѣрно сосредоточить вниманіе на симулянтѣ, слѣдуетъ уловить два обстоятельства: время появленія припадковъ эпилепсiи и мѣсто паденія испытуемаго лица. У истыхъ эпилептиковъ припадки падучей болѣзни бываютъ во всякое время дня и ночи, они бываютъ и во время присутствія дежурнаго ординатора; у симулянтовъ же эпилептиковъ припадки бываютъ большею частію по полуночи, такъ около двухъ часовъ ночи и позднѣе, когда дежурный ординаторъ задремлетъ (спать на дежурствѣ по военному законо-положенію не полагается, а дремать, сидя на стулѣ или облокотившись на диванъ, разрѣшается), когда, слѣдовательно, онъ не успѣетъ прибыть въ первый періодъ припадка, какъ увидимъ ниже, весьма важнаго для діагностики падучей болѣзни. Равно бываютъ иногда мнимые припадки падучей болѣзни у симулянтовъ и днемъ, но опять въ то время, когда палатный ординаторъ отсутствуетъ, а дежурный ординаторъ занятъ или другимъ больнымъ, или пріемомъ вновь поступающихъ больныхъ, когда, слѣдовательно, онъ опять лишенъ возможности прибыть къ первому періоду припадка падучей болѣзни; относительно мѣста паденія для истыхъ эпилептиковъ безразлично — у нихъ припадки падучей болѣзни бываютъ и въ корридорахъ, и въ ретирадныхъ мѣстахъ, словомъ, гдѣ стоятъ или сидятъ, тамъ и падаютъ; симулянтъ же эпилептикъ прежде облюбуетъ мѣсто паденія и обставитъ его такъ, что-бы не возможно было причинить себѣ травматическихъ поврежденій. Обыкновенно симулянты эпилептики преднамѣренно ложатся въ постель, въ которой начинаютъ спать глубоко, а затѣмъ сдѣлаютъ поворотъ такъ искусно, что прежде спадетъ на полъ или халатъ или одѣяло, за которыми уже въ судоргахъ и съ крикомъ (последнимъ даютъ знать о себѣ дежурному фельдшеру, который обыкновенно обязывается оповѣщать дежурнаго ординатора, а если не крикнуть, то пожалуй и припадокъ не пойдетъ въ счетъ) падаютъ сами и тогда смѣло начинаютъ бить по халату или одѣялу и головою, и руками, и ногами, даже еще приподнимутся и выгнуть спину для вящей



убѣдительности въ дѣйствительности припадка падучей болѣзни. Коль скоро эти два обстоятельства удалось прослѣдить, тогда можно быть увѣреннымъ, что симулянтъ въ нашихъ рукахъ, ибо вскорѣ убѣдимся, что онъ лишенъ возможности продѣлать ниже-описанные три періода падучей болѣзни, хотя-бы и принималъ внутрь вещества, обусловливающія общую клоническую судоргу и расширеніе зрачковъ.

Въ нашемъ психонервномъ отдѣленіи, въ теченіи 1887 г. всѣхъ эпилептиковъ состояло 54 ч., изъ коихъ 26 принадлежатъ къ лицамъ, присланнымъ на испытаніе падучей болѣзни; 12 относятся къ нижнимъ чинамъ разныхъ частей войскъ, а 14 относятся къ лицамъ испытуемымъ, присланнымъ отъ присутствій по воинской повинности. У однихъ испытываемыхъ, по словамъ ихъ, припадки падучей болѣзни существуютъ съ дѣтскаго возраста, а у другихъ развились или отъ испуга, или какого-либо нравственнаго потрясенія — потеря отца, матери, лишеніе наслѣдства и т. п. У субъектовъ, страдающихъ падучей болѣзнью съ дѣтскаго возраста, развившеюся, слѣдовательно, безъ внѣшнихъ причинъ, существовали объективныя измѣненія и внѣ припадковъ падучей болѣзни—*ragesis n. facialis*, измѣненіе чувствительности—болевой, къ теплу, холоду и электрокожной чувствительности, причемъ объективная картина измѣненій чувствительности выражалась пониженіемъ ея или въ одной половинѣ организма, или во всемъ, равно существовало пониженіе и рефлекторной проводимости, при этомъ у таковыхъ субъектовъ встрѣчаются и признаки вырожденія: неправильная форма раковинъ, неправильная форма черепа, сѣдлообразное небо, излишнее количество рѣзцовъ и т. п. У субъектовъ же, получившихъ падучую болѣзнь отъ испуга или нравственнаго потрясенія, при объективномъ изслѣдованіи внѣ припадковъ падучей болѣзни, кромѣ повышенной чувствительности ко всему и повышенной рефлекторной проводимости, особыхъ измѣненій въ нервной системѣ не оказалось. Поэтому, надо полагать, что эпилепсія у субъектовъ перваго рода обусловливается патологическими процессами въ корѣ передняго мозга, а у субъектовъ втораго рода — гиперетезією подкорковыхъ узловъ черепнаго мозга.

Эпилепсія признавалась присущей только тѣмъ субъектамъ, у коихъ припадки ея характеризовались слѣдующими явленіями: внезапною потерю сознанія, за которой слѣдовало три періода болѣзни—1, общая тоническая судорга, причемъ имѣются остановка дыханія, пульса и сѣуженіе зрачковъ; 2 общая клоническая судорга, причемъ имѣются учащенное поверхностное дыханіе, учащенный пульсъ, расширеніе зрачковъ, хрипѣніе въ горлѣ съ пѣною у рта и ціанозъ лица, и наконецъ, 3, общая слабость, общій потъ и сонъ, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣлось послѣ припадка повышеніе температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ .; въ первыхъ двухъ періодахъ припадка падучей болѣзни существуетъ отсутствіе чувствительности ко всему и рефлекторной проводимости. Нужно сообщить, что измѣреніе температуры у всѣхъ испытуемыхъ лицъ, равно и у подозрительныхъ субъектовъ, должно производиться in apo. Если же допустить у нихъ измѣреніе температуры въ подкрыльцовой впадинѣ, то можно впасть въ заблужденіе, ибо легкое постукиваніе пальцемъ по верхнему концу максимальнаго термометра влечетъ за собою поднятіе ртути въ немъ, что часто и продѣлываютъ испытуемые лица даже въ присутствіи врача, придерживая противоположною рукою яко-бы термометръ. Но иногда испытуемый таковымъ постукиваніемъ по верхнему концу максимальнаго термометра увлекается, такъ-что ртуть поднимается до  $44^{\circ}\text{C}$ ., что, разумѣется, сначала удивитъ cadaго изъ насъ и заставитъ призадуматься!

18-го марта 1887 г. поступилъ въ лазаретъ на испытаніе по падучей болѣзни рядовой 24 пѣхот. резервнаго баталіона, Петръ Гойщикъ, 21 года отъ роду, причемъ припадки падучей болѣзни, по словамъ испытуемаго, существуютъ съ малолѣтства и бываютъ до 2 разъ въ мѣсяцъ. При осмотрѣ найдено: испытуемый средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія; ушныя раковины грубы и толсты, небо сѣдлообразно, въ верхней челюсти имѣется лишній рѣзецъ, расположенный на правой половинѣ сзади между крайнимъ и среднимъ рѣзцами; рѣчь невнятна; припадки падучей болѣзни появлялись въ разное время дня и ночи и характеризовались вышеизложенными патологическими

явленіями; внѣ же припадковъ падучей болѣзни, при объективномъ изслѣдованіи, имѣлось пониженіе рефлекторной проводимости, пониженіе чувствительности къ теплу, холоду и электричеству по всему тѣлу, при изслѣдованіи же чувствительности къ тяжести, гладкому, шереховатому и эстизиометромъ Вебера получались самыя разнообразныя и сбивчивыя показанія испытуемаго; повышеніе температуры in apo послѣ припадковъ падучей болѣзни не наблюдалось.

Изъ 12 нижнихъ чиновъ разныхъ частей войскъ присланныхъ въ лазаретъ на испытаніе по падучей болѣзни, въ 4 случаяхъ наблюдались припадки падучей болѣзни и таковыя нижніе чины уволены въ отставку по эпилепсіи, а у остальныхъ 8 нижнихъ чиновъ припадки падучей болѣзни симулировались и таковыя нижніе чины по истеченіи трехмѣсячнаго наблюденія, иногда и больше, вышли изъ лазарета обратно въ свою часть и болѣе не возвращались; у 14 испытуемыхъ лицъ, присланныхъ отъ присутствій по воинской повинности, въ одномъ случаѣ наблюдались припадки падучей болѣзни, въ 11 случаяхъ падучая болѣзнь симулировалась, 3 же таковыхъ испытуемыхъ остались для дальнѣйшаго наблюденія въ 1888 году.

---

## Репрессивныя мѣры во французскихъ психіатрическихъ заведеніяхъ.

Д-ръ Брейтманъ.

Медику-психіатру приходится часто въ своей больничной практикѣ прибѣгать къ репрессивнымъ мѣрамъ, хотя законность этихъ мѣръ можетъ показаться съ перваго взгляда странною.

Въ психозахъ съ импульсивной наклонностью къ самоубійству, въ случаяхъ острой маніи, гдѣ больной разбиваетъ и разрушаетъ все, что ему попадаетъ подъ руку, врачу по необходимости приходится обращаться къ этимъ мѣрамъ.

Если нравственное леченіе, увѣщаніе, лишеніе прогулокъ, и табакъ etc. не помогаютъ, у насъ прибѣгаютъ къ репрессивнымъ мѣрамъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

- 1) Когда больные кричатъ, дерутся, волнуютъ кварталъ своими криками.
- 2) Когда больные разбиваютъ стекла, ломаютъ стулья, рвутъ на куски свое платье, раздѣваются и пр.
- 3) Когда больные ищутъ всѣми способами возможности убить себя или другихъ.
- 4) Наконецъ, когда больные убѣгаютъ съ прогулки, перелѣзаютъ стѣны, ищутъ возможности убѣжать.

Нужно помнить 1), что служебный персоналъ въ нашихъ лечебницахъ очень немногочисленъ и

2) Что служебный персоналъ получаетъ ничтожное жалованье. Хорошій служитель остается рѣдко въ лечебницѣ долго: плохихъ долго не держатъ и такимъ образомъ происходитъ частая мѣна служебнаго персонала.

Изъ репрессивныхъ мѣръ на первомъ планѣ стоитъ удаленіе въ отдѣльныя комнаты Больныхъ, которыхъ помѣщаютъ въ отдѣльныхъ комнатахъ, можно раздѣлить на двѣ категоріи. Это будутъ съ одной стороны истерики и ипохондрики безъ наклонности къ самоубійству; съ другой стороны—ажитиро-

ванные больные. Секвестрація въ отдѣльныхъ комнатахъ требуетъ отдѣльныхъ условій, какъ: особеннаго устройства комнаты и большого количества прислуги.

Въ отдѣльныхъ комнатахъ больные большею частью проводятъ весь день; они спятъ въ общихъ палатахъ или въ отдѣльныхъ комнаткахъ.

Къ несчастью у насъ, до сихъ поръ нѣкоторые психіатры употребляютъ холодныя души, какъ репрессивную мѣру. Больного сажаютъ въ ванну и онъ получаетъ на голову холодную струю воды. Этотъ ирраціональный и опасный способъ наказанія справедливо осужденъ главными инспекторами.

Въ нѣкоторыхъ лечебницахъ нечистоплотныхъ больныхъ привязываютъ на цѣлый день къ кресламъ для нечистоплотныхъ. Эта система репрессалій употребляется въ лечебницахъ съ ограниченнымъ контингентомъ служащихъ. У насъ въ Vaucluse въ отдѣленіи нечистоплотныхъ существуютъ такія кресла, но больныя не связаны. Впрочемъ, еще не такъ давно, два мѣсяца тому назадъ, мы были принуждены держать связанной на такомъ креслѣ одну актрису. Сильная, ловкая, молодая, она рвала 5—6 сумашедшихъ рубашекъ въ день. Не смотря на то, что двѣ служанки сидѣли возлѣ нея цѣлый день, двѣ другія ночью, больная произвела за одинъ мѣсяць 70 разъ покушеніе на свою жизнь, разбила около сотни стеколъ, разъ она вырвалась и съ размаха выбила крѣпкую дверь! Во время истерическихъ приступовъ 5 служанокъ не могли удержать ее. Къ счастью, благодаря 15 сеансамъ гипнотизма, мы могли успокоить на время эту бѣшенную-истерическую женщину.

Мы переходимъ къ такъ называемой сумашедшей рубашкѣ. Магпап хвалится на своихъ лекціяхъ, что онъ не употребляетъ рубашки, а между тѣмъ мы видѣли часто въ его отдѣленіи больныхъ въ рубашкѣ. Правда, эта рубашка состоитъ изъ халата, вѣрнѣе полужилета и панталонъ, при чемъ все сдѣлано изъ одного куска крѣпкаго холата. Въ Sainte-Madeleine, Rodes, Coulouse, Cadillac, Charité и пр. совершенно не употребляютъ рубахъ; въ Montpellier, Montauban ихъ употребляютъ весьма рѣдко; наконецъ, въ лечебницахъ сенскаго департамента довольно часто, если не считать S-te Anne. И въ самомъ дѣлѣ, при маломъ количествѣ служащихъ и маломъ количествѣ отдѣльныхъ комнатъ, трудно не прибѣгать къ сумашедшей рубашкѣ. Чтобы умѣрить вредное вліяніе рубашки, въ особенности ночью, когда больной спитъ и она мѣшаетъ регулярному дыханію, въ нѣкоторыхъ лечебницахъ употребляютъ Bride-corps.

Bride-corps состоитъ изъ ремня, подшитаго войлокомъ, или холстомъ, шириною въ 8—10 сантим. съ пряжкой на одномъ концѣ. Этотъ поясъ застегивается на туловищѣ. Отъ этого ремня спереди вертикально вверхъ поднимается другой ремень, кольцеобразный посрединѣ, — его кольцо проходитъ чрезъ голову; другимъ же концомъ ремень привязывается сзади къ тому же поясу. Кромѣ того по бокамъ существуютъ боковые ремни, которыми прихватываются руки. Bride-corps надѣвается на 1—2 часа, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда больной покушается на самоубійство; при этомъ съ больнымъ можетъ управляться одна служанка. Для слабыхъ больныхъ Bride-corps можно дѣлать не изъ ремня, а изъ холста.

---

гальваническаго тока, чрезъ посредство вазомоторныхъ нервовъ. Эти терапевтическіе опыты имѣютъ многочисленныя фізіологическія подтвержденія въ доказательствахъ существованія сосудорасширяющихъ нервовъ въ нервныхъ стволахъ конечности (Goltz, Putzeys, Far-  
 chanoff, Ostroumoff, Kendall, Luchsinger, Masius и Van-  
 lair <sup>78</sup>) и сосудорасширяющихъ нервовъ въ мускульныхъ сосудахъ (Gaskell, Heidenhain <sup>78</sup>), а также раздражающаго дѣйствія постоянного гальваническаго тока на нервы сосудовъ (Grützner <sup>79</sup>). Przewosky <sup>80</sup>, подъ руководствомъ Eulenburg'a, наблюдалъ на человѣкѣ пониженіе температуры какъ слѣдствіе катоднаго замыканія, тогда какъ AnD давало повышеніе температуры въ области раздражаемаго нервного ствола, что согласуется съ экспериментальными данными проф. Левашова <sup>81</sup>, по которымъ кожные сосуды какой либо части тѣла иннервируются тѣмъ нервомъ, который приводитъ и всѣ остальные нервныя вѣточки. Во всякомъ случаѣ, въ пользу этихъ посредственныхъ каталитическихъ дѣйствій говорятъ вѣскіе практическіе факты, особенно удивительно быстрая резорпція артроменингеальныхъ опухолей при гальванизации приводящихъ нервовъ. Лабильное катодное пользованіе, повидимому развиваетъ сильнѣйшее посредственное каталитическое дѣйствіе; тогда какъ при страданіяхъ сочлененій, особенно при острыхъ экзацербацияхъ, часто приходится отказываться отъ этого метода, вслѣдствіе нерѣдкаго усиленія боли; поэтому остается довольствоваться стабильнымъ примѣненіемъ An, который нерѣдко удивительно успокаиваетъ боли, и даже въ тѣхъ случаяхъ дѣйствуетъ благотворительно, гдѣ непосредственное примѣненіе гальванизации сочлененій не переносится.

Терапевтическіе успѣхи такъ называемой гальванизации n. sympathici по R. Remak'y <sup>24</sup> также приписываются посредственному, каталитическому дѣйствію на сосуды головного и спинного мозга, сочлененій и мускуловъ въ слѣдующихъ случаяхъ: при церебральной гемиплегіи (R. Remak <sup>82</sup>, Flies <sup>83</sup>, Benedikt <sup>10</sup>, Erb <sup>21</sup>, Onimus <sup>71</sup>, Althaus <sup>84</sup> и др.),—базальныхъ, бульбарныхъ параличахъ, а также при параличахъ глазныхъ мускуловъ, (R. Remak <sup>85</sup>, Benedikt <sup>10</sup>, Erb <sup>86</sup>),—психозахъ (Tigges <sup>81</sup>),—neurorretinitis

(Benedikt<sup>10</sup>),—neuritis optica retrobulbaris (Leber<sup>88</sup>),—судоргъ личныхъ мускуловъ (R. Remak<sup>33</sup>),—гемикрании (Eulenburg<sup>13</sup>, Holst<sup>89</sup>),—эпилепсии (R. Remak<sup>30</sup>, Althaus<sup>91</sup>, Benedikt<sup>92</sup>, Neftel<sup>32</sup>),—Базедовой болѣзни (v. Dusch<sup>93</sup>, Eulenburg и Guttman<sup>94</sup>, Chwostek<sup>95</sup>, M. Meyer<sup>306, 6</sup>, Baumblatt<sup>97</sup>, Röckwell<sup>98</sup>, Gluzinski<sup>99</sup>),—прогрессивной мускульной атрофии и свинцовомъ параличѣ (R. Remak<sup>100</sup>, Benedikt<sup>10</sup>, Nesemann<sup>101</sup>, Friedreich<sup>102</sup>, Erb<sup>21</sup>, Onimus<sup>71</sup>, C. W. Müller<sup>103</sup>),—arthritis deformans (R. Remak<sup>104</sup>), Drissen<sup>6</sup>, Benedikt<sup>10</sup>, M. Meyer<sup>105</sup>),—склеродерміи (Fieber<sup>106</sup> и Schwimmer<sup>107</sup>),—prurigo, eczema acne (Beard<sup>108</sup>). Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло идетъ объ эмпирическихъ изслѣдованіяхъ, такъ какъ ученіе о раздраженіи п. sympathici на живомъ организмѣ не имѣетъ несомнѣнной физиологической основы. Шейная часть sympathici наилучше доступна гальванизации посредствомъ петель тока и подъ выраженіемъ гальванизация sympathici почти всегда разумѣется гальванизация именно его шейной части. Между тѣмъ R. Remak<sup>24</sup> вводилъ въ кругъ дѣйствій гальваническаго тока также грудную и брюшную части (ganglion coeliacum), что и въ послѣднее время рекомендовалось при гастралгіяхъ neurasthenia gastrica (dyspepsia nervosa—Burkart<sup>109</sup>). По общепотребляемому способу гальванизации шейной части sympathici, дифферентный полюсъ обыкновенно прикладывается на продолженіи его прохожденія, особенно же на мѣстѣ ganglion supremum позади выходящей вѣтви нижней челюсти, передъ sterno-cleido-mastoideus, въ fossa auriculo-maxillaris,—тогда какъ другой полюсъ прикладывается на manubrium sterni (передне-передняя гальванизация) (Benedikt<sup>10</sup>), или еще лучше, на другой сторонѣ, рядомъ съ processus spinosus 6 шейнаго позвонка (передне-задняя гальванизация sympathici—M. Meyer<sup>105</sup>). Со временъ R. Remak'a при гальванизации sympathici стали придавать значеніе появленію диплегическихъ сокращеній; но въ послѣдствіи эта точка зрѣнія была оставлена, такъ какъ ея связь съ sympathicus недостаточно доказана. Вообще физиологія раздраженія sympathici на живомъ тѣлѣ не установлена и неизвѣстно—зависятъ ли терапевтическіе успѣхи внѣшней части sympathici дѣйствительно отъ sympathicus



или же, быть можетъ, отъ раздраженія другихъ частей лежащихъ въ этой области (*vagus*, шейная часть спинного мозга и т. д.).

При гальванизации *sympathici* при замыканіи и отмыканіи тока, а также при быстрыхъ колебаніяхъ тока, является головокруженіе, которое быть можетъ, зависитъ отъ колебанія полноты сосудовъ мозга, болѣе же вѣроятно отъ захожденія петель тока въ заднюю черепную ямку. По Bernard'у, шейной части *sympathici* принадлежатъ слѣдующія дѣйствія: 1, вліяніе на *dilatator pupillae*; 2, на люменъ сосудовъ соотвѣтственной половины головы; 3, на эксцитомоторныя волокна сердца и возбуждающія волокна задерживающей системы сердца и центра сосудовъ. Изъ всѣхъ этихъ дѣйствій особенно были изслѣдованны первыя два при каждой гальванизации *sympathici*. Незначительное расширеніе зрачковъ, вслѣдствіе замыканія *Ka sympathicus*, наблюдалось Gerhard't'омъ <sup>110</sup>, Eulenburg и Schmidt'омъ <sup>111</sup>, M. Meyer'омъ <sup>112</sup>; нужно однако имѣть въ виду, что у здоровыхъ оно появляется при всякомъ значительномъ раздраженіи чувствительныхъ нервовъ (Westphal <sup>113</sup>, Erb <sup>114</sup> и Moeli <sup>115</sup>). Связь, наблюдаемая Eulenburg'омъ и Schmidt'омъ, уменьшенія частоты пульса и раздраженія *n. simpat.*, можетъ быть оспариваема, потому что, въ противоположность наблюденіямъ этихъ авторовъ, о болѣе косомъ направленіи сфигмографической кривой пульса, имѣются данныя Beard'a <sup>116</sup>, который получалъ усиленіе крутизны и высоты восходящаго колѣна кривой. Описанное M. Meyer'омъ <sup>112</sup> повышеніе температуры и отдѣленія пота на верхней конечности той стороны, гдѣ приложенъ электродъ къ *sympathicus*, потеряло силу доказательства раздраженія *sympathicus*., при неизбѣжномъ проникновеніи тока чрезъ *plexus brachialis* съ тѣхъ поръ, какъ отдѣленіе пота признано постояннымъ явленіемъ электрическаго раздраженія цереброспинальных нервныхъ стволовъ, какъ моторныхъ (Adamkiewicz <sup>117</sup>), такъ и чувствительныхъ (Luchsinger <sup>118</sup> и Nawrotsky <sup>119</sup>). Подробное изслѣдованіе фарадическаго и гальваническаго раздраженія обнаженнаго *sympat.* на кошкахъ и лошадяхъ, привели G. Fischer'a къ противорѣчивымъ результатамъ; но тѣмъ не менѣе эти изслѣдованія указываютъ на

\*

незначительное вліяніе гальваническаго, особенно односторонняго, раздраженія *sympat.* на полноту сосудовъ области черепа,—тогда какъ двустороннее фарадическое раздраженіе постоянно вызывало повышеніе кровяного давленія въ черепѣ. Онъ нашель, что посредствомъ такъ называемой гальванизации *sympathici* возможно вліять, съ не всегда правильнымъ успѣхомъ, на распредѣленіе крови въ черепѣ,—но что это дѣйствіе гораздо больше зависитъ отъ раздраженія чувствительныхъ кожныхъ нервовъ центропетальныхъ волоконъ *Vagi* и мускульныхъ сокращеній, нежели отъ *sympathicus*.—*Przewoski*<sup>80</sup> наблюдалъ, при замыканіи *Ka* на *sympat.*, охлажденіе соотвѣтствующей щеки, а при *An* замыканіи незначительное повышеніе температуры. Но связь этого явленія съ раздраженіемъ *sympath.* тѣмъ болѣе сомнительна, что онъ передаетъ о такомъ же явленіи при раздраженіи цереброспинальныхъ нервовъ. Ученіе о гальванизации *sympat.* стоитъ на такой колеблющейся почвѣ, что для эмпирически лечебно-дѣйствующаго метода лучше дать названіе общей гальванизации шеи (*G. Fischer*<sup>120</sup> и *Schultz*<sup>121</sup>), или иначе субавральной гальванизации (*de Wattewille*<sup>122</sup>, *Erb*<sup>17</sup>, *v. Ziemssen*<sup>8</sup>) и для болѣе точнаго обозначенія—передне-передняя и передне-задняя (*M. Meyer*<sup>6</sup>); тѣмъ болѣе, что значеніе *sympathicus* для нѣкоторыхъ выше названныхъ болѣзней отошло на задній планъ, вслѣдствіе доказательства другихъ анатомическихъ данныхъ, а терапевтическіе успѣхи при бульбарномъ параличѣ, свинцовомъ параличѣ, эпилепсїи и проч. наблюдаются и при гальванизации затылка, слѣдовательно безъ участія *n. sympathici*.

Трудно дать опредѣленные указанія относительно метода гальванизации *sympathici*. Напр. при гемиплегіяхъ еще неизвѣстно, полезнѣе ли гальванизация *sympat.* соотвѣтственной стороны гемисферы и противоположной параличу (*R. Remak*<sup>82</sup>, *Benedikt*<sup>10</sup> и др.), или обральной (*Althaus*<sup>84</sup>). *Holst*<sup>89</sup> нашолъ только для гемикраніи, что, смотря по тому, будетъ ли она ангиопаралитическая или ангиоспастическая, слѣдуетъ употреблять *Ka* или *An*. Но я желалъ бы согласиться съ *de Wattewill*'емъ<sup>19</sup>, что это предписаніе имѣетъ болѣе теоретическое основаніе, нежели практически должно

было бы быть примѣняемо. Въ видѣ исключенія при головныхъ боляхъ, давленіи въ головѣ и т. д. находимъ полезными сильныя токи (20—30 El.) (Nefstel<sup>44</sup>). Обыкновенно же для субавральной гальванизации рекомендуется стабильное примѣненіе слабыхъ токовъ. По моимъ изслѣдованіямъ, это леченіе часто прекрасно дѣйствуетъ не только при мигреняхъ, но и при нервныхъ головныхъ боляхъ вообще, а также и при давленіи въ головѣ, употребляя отъ 0,5 до 2,5 М. А. (6 : 1 ст. электроды) и избѣгая внезапныхъ измѣненій тока, посредствомъ внимательнаго употребленія реостата. При этомъ леченіи боли пропадаютъ и голова становится свѣжѣе и легче. Выборъ полюса указывается электрическими пробами. Подобное же эвфоризирующее дѣйствіе достигалось этимъ способомъ также и при *angina pectoris* (Löwenfeld<sup>123</sup>), за тѣмъ, посредствомъ гальванизации *vagus*, при астмѣ, (Brenner<sup>11</sup>, Nefstel<sup>32</sup>) и даже при психозахъ (Tigges<sup>87</sup>).

Послѣ шейной гальванизации, впрочемъ и головы, наступаетъ побочное явленіе, а имѣнно снотворное дѣйствіе (R. Remak<sup>9</sup>, Brenner<sup>11</sup>, M. Meyer<sup>6</sup>, Erb<sup>21</sup> и Buch<sup>125</sup>); такое дѣйствіе описано даже при гальванизации *Ichiadici* (Onimus<sup>124</sup>). Это снотворное дѣйствіе встрѣчается особенно у лицъ „очень чувствительныхъ къ электричеству“ (Möbius<sup>126</sup>) и часто въ поразительной степени, преимущественно же послѣ примѣненія слабыхъ токовъ.

Во всякомъ случаѣ, не смотря на неустойчивую физиологическую основу, субавральная гальванизация эмпирически оказывается весьма цѣнной и дѣйствительною и по моимъ опытамъ, напр. при леченіи *morbus Basedowi*, вслѣдствіе непосредственнаго пониженія частоты пульса.

Послѣ вышеприведенныхъ данныхъ о терапевтическомъ успѣхѣ гальванизации болевыхъ точекъ, нейритическихъ опухолей и симпатическаго нерва при различнѣйшихъ центральныхъ страданіяхъ, слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то, что въ этихъ случаяхъ гальванической токъ несомнѣнно имѣетъ центральное дѣйствіе, хотя бы только посредствомъ каталитическаго отстраненія раздражающихъ моментовъ. По изслѣдованіямъ Erb'a<sup>17</sup> весьма сомнительно—имѣ-

ютъ ли аномальныя рефлекторныя движенія при гальваническомъ раздраженіи (гальванотоническія перекрестно-рефлекторныя и диплегическія сокращенія) терапевтическое значеніе при леченіи параличей, какъ это было указано Ремак'омъ? Относительно аномальныхъ рефлекторныхъ движеній руки при гальваническомъ раздраженіи ноги, появляющихся только при застарѣлыхъ гемиплегіяхъ съ контрактурами, уже R. Remak указалъ на отсутствіе ихъ терапевтическаго значенія при центральномъ леченіи. Но весьма вѣроятно, что рефлекторныя явленія имѣютъ большое значеніе для терапевтическихъ успѣховъ при периферической гальванизации параличей центральнаго происхожденія. R. Remak <sup>128</sup> наблюдалъ при распространенной анестезіи возвращеніе чувствительности на мѣстахъ, которыя непосредственно не подвергались дѣйствію тока, слѣдовательно, это возстановленіе чувствительности достигалось рефлекторнымъ путемъ, — въ этихъ случаяхъ примѣняли периферическую гальванизацию съ значительной силой тока.

Центральная гальванизация спинного мозга практикуется на основаніи совершенно эмпирическихъ успѣховъ при цѣломъ рядѣ хроническихъ органическихъ заболѣваній спинного мозга: *Tabes, myelitis chronica* (R. Remak <sup>129</sup>, Benedikt <sup>10</sup>, Eulenburg <sup>18</sup>, Flies <sup>83</sup>, Seeligmüller <sup>130</sup>, Baerwinkel <sup>131</sup>, Onimus <sup>132</sup>, v. Krafft-Ebing <sup>133</sup>, Mendel <sup>134</sup>, Richter <sup>135</sup>, Joffroy и Jlanot <sup>136</sup>), спастическомъ спинальномъ параличѣ (Erb <sup>137</sup>, O. Berger <sup>118</sup> и др.), острымъ восходящемъ параличѣ Landry (*Eisenlohr* <sup>139</sup>, Kahler и Pick <sup>140</sup>). Наши свѣдѣнія о физиологическомъ дѣйствіи гальванизации спинного мозга у здороваго и больного человѣка не согласуются съ этими эмпирическими данными. Что, при гальванизации спины, спинной мозгъ подвергается дѣйствію петель тока значительной густоты—было экспериментально доказано на трупѣ.

На живомъ человѣкѣ, при приложеніи одного полюса на первый грудной позвонокъ, а другого на первый поясничный позвонокъ, если нижній полюсъ Ка, удается, особенно у худыхъ, вызвать сокращеніе въ бедрѣ въ области распространенія *n. n. ischiadici*. Но для этого нужно употреблять значительную силу

тока въ формѣ альтернативы Вольта. Происходитъ это явленіе, вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія находящихся въ спинномъ каналѣ моторныхъ корешковъ *cauda equina* (Erb<sup>12</sup>, Löwenfeld<sup>141</sup>). Такъ какъ для терапевтическихъ цѣлей такая значительная сила тока никогда не бываетъ полезна, то это, вызывающее сокращеніе, дѣйствіе не играетъ роли при терапевтической гальванизации спинного мозга. Найденный Ranke<sup>142</sup> фактъ, что, при прохожденіи стрихнизированнаго спинного мозга лягушекъ гальваническимъ токомъ, уменьшается, независимо отъ направленія тока, рефлекторная раздражимость,—съ успѣхомъ былъ примѣненъ Ваегвинкел'емъ<sup>181</sup> для пониженія паталогически повышенной рефлекторной возбудимости при страданіяхъ спинного мозга. Onimus и Legros<sup>71</sup>, на основаніи экспериментовъ на лягушкахъ и морскихъ свинокъ и опытахъ на параплегическихъ больныхъ съ повышенной рефлекторной возбудимостью, утверждаютъ, что уменьшаетъ рефлексы и возбудимость спинного мозга только нисходящій токъ, тогда какъ восходящій токъ усиливаетъ возбудимость и рефлексы. Но при болѣзняхъ спинного мозга имѣетъ значеніе не дифферентное вліяніе на рефлекторную возбудимость (до нѣкоторой степени экспериментально подтвержденное Löwenfeld'омъ<sup>141</sup>), а общее исцѣляющее дѣйствіе на совокупность болѣзненного процесса во всѣхъ его проявленіяхъ (параличъ пузыря, атаксія, бѣли, анестезіи, парестезіи, парезы и т. д.). Во время гальванизации спинного мозга часто наступаетъ, преимущественно при нисходящемъ токѣ (Brenner<sup>11</sup>, Mobius<sup>126</sup>), особенное ощущеніе въ нижнихъ конечностяхъ (ползанье мурашекъ, чувство тепла и оживленности); непосредственнымъ послѣдующимъ дѣйствіемъ нерѣдко является бѣлая моторная сила нижнихъ конечностей, бѣлая увѣренность и твердость при ходѣбѣ и стояніи и субъективно увеличенная легкость и эластичность ногъ. У женщинъ наблюдалось преждевременное наступленіе и усиленіе менструацій (Onimus<sup>143</sup>),—особенно при гальванизации области нижнихъ спинныхъ и поясничныхъ позвонковъ, гдѣ предполагаются Neftel'емъ<sup>144</sup> генито-спинальные центры. Это эменагогическое дѣйствіе примѣняется и съ терапевтической цѣлью (Althaus<sup>145</sup>). Часто ожив-

ляющее и освѣжающее дѣйствіе гальванизации спинного мозга, спустя нѣкоторое время, исчезаетъ, въ благопріятныхъ же случаяхъ успѣхи каждаго отдѣльнаго сеанса постепенно усиливаются и ведутъ къ окончательному исцѣленію, или улучшенію. Слѣдовательно, кромѣ измѣняющаго и возбуждающаго, нужно признать и каталитическое воздѣйствіе на анатомическое, въ большинствѣ случаевъ, склеротическое измѣненіе строенія, при чемъ вазомоторное вліяніе играетъ главную роль. Löwenfeld <sup>141</sup>, желая изслѣдовать вліяніе гальваническаго тока на измѣненіе калибра сосудовъ ріае, проводилъ сильный токъ при вскрытомъ позвоночномъ каналѣ котятъ, морскихъ свинокъ, кроликовъ и ягнятъ,—при этомъ оказалось, что при нисходящемъ направленіи тока наступаетъ расширение сосудовъ, при восходящемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, суженіе, —тогда какъ при поперечномъ (отъ спины къ груди), независимо отъ направленія тока, являлось расширение сосудовъ въ соотвѣтственной области ріае. Онъ склоненъ приписать расширение, resp. суженіе, воздѣйствію An (resp. Ka) на вазомоторные центры *medula oblongata*. Если довѣрять этимъ изслѣдованіямъ, то въ случаяхъ, гдѣ желательно дѣйствовать редуцирующимъ образомъ на количество крови въ спинномъ мозгу, слѣдуетъ употреблять восходящій токъ, въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ желательно ускорить циркуляцію, и увеличить притокъ крови, тамъ употреблять нисходящій токъ. Но эти излѣдованія далеко не положительны, въ виду многочисленныхъ источниковъ ошибокъ указанія эти едва ли могли быть даны съ достовѣрностью.

При эмпирическомъ методѣ гальванизации спинного мозга, для введенія тока соотвѣтственной густоты, слѣдуетъ совершенно отказаться отъ маленькихъ электродовъ и употреблять только имѣющіе не менѣе 5 ст. въ діаметрѣ (Erb <sup>146</sup>); удобно также примѣнять выше-названные прямоугольные большіе спинно-мозговые электроды. Опыты большинства электротерапевтовъ (R. Remak <sup>9</sup>, Benedikt <sup>10</sup>, Erb <sup>21</sup> и мой собственный) показали, что весьма важно въ этомъ случаѣ проникновеніе отдѣловъ спинного мозга, находящихся между электродами, большой густотой тока; поэтому примѣненіе слишкомъ большихъ электродовъ, съ такъ назыв. „ги-

гантскими пластинками“ (v. Ziemssen<sup>8</sup>), которые покрываютъ почти весь позвоночникъ и имѣютъ каждый болѣе 100 к. ст. поверхности, требуетъ слишкомъ значительной силы тока, такъ напр., если, при кругломъ электродѣ средней величины, въ 20 к. ст., требуется сила тока въ 5 М. А., то для гигантскихъ пластинокъ нужно взять 25 М. А.,—а для такого количества часто и батарея и гальванометръ оказываются недостаточными. Поэтому не слѣдуетъ электродовъ дѣлать слишкомъ большими, если не придерживаться тѣхъ слабыхъ дозировокъ тока, которыя предлагаетъ С. W. Müller<sup>14</sup>, (4 М. А. при 72 к. ст. поверхности электродовъ). Такая дозировка совершенно не необходима для терапевтическихъ успѣховъ, такъ какъ успѣхи, проложившіе путь постоянному току, къ леченію болѣзней спинного мозга, R. Remak'омъ и его послѣдователями, достигались при токахъ гораздо болѣе густоты, даже по примѣрной оцѣнкѣ. Часто даваемое предписаніе, чтобы, въ зависимости отъ желаемого направленія тока, одинъ полюсъ прилагался къ затылку, а другой къ поясницѣ, совершенно не рационально, такъ какъ токомъ значительной густоты проникаются части, только непосредственно лежащія подъ электродомъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда возможно локализовать анатомическое заболѣваніе на опредѣленномъ мѣстѣ, —только тогда показуется мѣстная гальванизация этого опредѣленного участка спинного мозга посредствомъ соотвѣтствующаго электрода (напр. при myelitis circumscripta, апоплектическихъ и полиомиелитическихъ гнѣздахъ, быть можетъ также и при свинцовомъ параличѣ). На основаніи этого принципа, R. Remak<sup>129</sup> предложилъ различную гальванизацию различныхъ формъ tabes, въ зависимости отъ мѣста нахождения патологическихъ пунктовъ. Съ этой цѣлью онъ раздѣлилъ формы tabes на lumbalis, dorsalis inferior, dorsalis superior, cervicalis, basalis и т. д. Если при диффузныхъ и системныхъ заболѣваніяхъ спинного мозга необходимо его подвергнуть вліянію достаточной густоты тока по всей его длинѣ, то дифферентный полюсъ долженъ странствовать по всѣмъ частямъ позвоночника. Относительно выбора дифферентнаго полюса еще нѣтъ опредѣленныхъ указаній, хотя при эксцентричес-

кихъ боляхъ и болевыхъ точкахъ позвоночника слѣдуетъ, повидимому, предпочесть  $A_{\Pi}$ —(Meyer <sup>72</sup>). Индифферентный полюсъ прикладывается также на спинѣ, или на груди, или, если желательно воспользоваться периферическимъ антипаралитическимъ дѣйствіемъ, на части тѣла, соотвѣтствующаго сплетенія или нерва, напр. при леченіи шейнаго участка—на *plexus supraclavicularis*, при дѣйствіи же на нижнія конечности—на *incisura ischiadica major*, или на мѣстѣ выхода *n. spinalis*, впереди на бедрѣ. Въ послѣднемъ случаѣ я получалъ прекрасные результаты, примѣняя токъ въ нисходящемъ направленіи въ случаяхъ *tabes*, *myelitis* и *paralysis spinalis spastica*. Benedict <sup>10</sup> предложилъ дать токѣ, въ зависимости отъ мѣста приложенія второго полюса названія: спинно-мозговой корешковый (R. W.), спинно-мозговой сплетеній (R. Pl.), спинно-мозговой нервный (R. N.) и спинно-мозговой мускульный (R. M.) токи; названія эти имѣютъ нѣкоторое практическое значеніе, хотя опредѣленіе направленія тока по принципамъ полярнаго метода должно быть измѣнено. Имѣя въ виду терапевтическое дѣйствіе гальванизации, *n. sympatricus*, Erb <sup>21</sup> предложилъ прикладывать *Ca* къ *sympatricus*, тогда какъ  $A_{\Pi}$  медленно проводить по позвоночнику. Повидимому, при хроническихъ страданіяхъ спинного мозга наиболее успѣшнымъ гальванотерапевтическимъ методомъ является слѣдующій: невозможно-стабильная гальванизация посредствомъ средней силы тока при средней величинѣ электродовъ и устраненіи перерывовъ, при чомъ направленіе тока имѣетъ тутъ ничтожное значеніе. Пожалуй можно посоветовать предлагаемую R. Remak'омъ <sup>24</sup> перемѣну направленія тока во время сеанса, длящагося не болѣе пяти минутъ.

Гальванизация спины полезна не только при органическихъ страданіяхъ спинного мозга, но еще съ большимъ успѣхомъ она примѣняется при нейрозахъ, особенно же при нейрастеніи. Въ этихъ случаяхъ предпочтительнѣй употребляется слабый токъ (1—2 М. А. при 20 к. ст. электрода). Мои изслѣдованія <sup>147</sup> показали, что особенно успокоительно дѣйствуетъ гальванизация затылка (2—5 М. А. при 20 к. ст. электрода) при различныхъ спастическихъ нейрозахъ



(напр. chorea, chorea electrica, myoclonus, athetosis, tremor paralysis agitans), подобный результатъ получался А. Eulenburg'омъ <sup>148</sup> при paralysis agitans посредствомъ монополярной ванны, при чемъ ванна замѣняла большой индифферентный электродъ, дѣйствующій на medul. oblongata An. Существуетъ много данныхъ, говорящихъ о благотворномъ вліяніи An на затылокъ при chorea (Baerwinkel <sup>181</sup>, Richter <sup>149</sup>), paralysis agitans (Chéron <sup>150</sup>), —athetosis (Govers <sup>151</sup>, Gnauk <sup>152</sup>), судорги лицевыхъ мускуловъ (Berger <sup>153</sup>), афтонгіи (Messdorf <sup>154</sup>), spasmus glottidis phonatorius (Schnitzler <sup>155</sup>, Fritsche <sup>156</sup>, Jurasz <sup>157</sup>), —спазмъ писцовъ (Eiselein <sup>158</sup>), chorea electrica и голосовомъ спазмѣ (M. Meyer <sup>6</sup>), коклюшѣ (Rossbach <sup>159</sup>), —психозахъ съ возбужденнымъ состояніемъ (Arndt <sup>160</sup>, Newth <sup>161</sup>).

Мы съ правомъ можемъ говорить о гальванизации головного мозга, такъ какъ онъ содержитъ значительное количество жидкости, чтобы быть способнымъ къ проникновению токомъ значительной густоты. Наиболѣе удобными мѣстами для проникновенія тока, послѣ глазницы, будутъ: processus mastoideus, особенно, находящаяся между нимъ и ушной раковиной, fossa mastoidea, затылочная область; на этихъ мѣстахъ кожа особенно нѣжна и черепъ пронизывается содержащими жидкость путями (vena mastoidea, arteria meningeae postica, v. condyloidea postica—v. Ziemssen <sup>8</sup>). Впрочемъ и другія части поверхности головы способствуютъ проникновению тока въ мозгъ, особенно виски, менѣе—лобъ и наимѣнѣе части головы, покрытыя волосами. Изъ физиологическихъ вліяній гальванизации мозга, кромѣ дѣйствія на нервы органовъ чувствъ, слѣдуетъ назвать головокруженіе, которое, какъ субъективное разстройство равновѣсія, проявляется мнимымъ движеніемъ видимыхъ предметовъ, — а какъ объективное разстройство равновѣсія—реальнымъ движеніемъ головы испытуемой персоны, особенно при колебаніяхъ тока, преимущественно при замыканіяхъ и отмыканіяхъ. Въ сильной степени это явленіе сопровождается оглушеніемъ, тошнотой и даже рвотой. Явленія головокруженія легче всего наступаютъ при поперечномъ проведеніи тока, особенно области затылка, — менѣе передней части головы. Головокруженіе тѣмъ, менѣе

значительно, чѣмъ болѣе соединительныя линіи обоихъ электродовъ будутъ приближаться къ продольному діаметру головы,—и его вовсе не будетъ, если оба электрода находятся на одной половинѣ головы. При приложеніи только одного полюса на голову и индифферентномъ положеніи другого, головокруженіе происходитъ такъ, какъ если бы второй полюсъ находился на другой половинѣ головы, при незначительной силѣ тока (Brenner <sup>11</sup>, Hitzig <sup>162</sup>). Субъективныя мнимыя движенія являются при замыканіи тока и во время продолженія тока и выражаются въ круговыхъ движеніяхъ видимыхъ предметовъ въ плоскости, параллельной зрительнымъ осямъ со стороны Ап къ Ка,—а въ моментъ отмыканія тока въ обратномъ направленіи (Purkinje <sup>163</sup>, Hitzig <sup>162</sup>). Объективныя разстройства раановѣсія наступаютъ въ видѣ второй степени головокруженія и обыкновенно при примѣненіи тока большей силы, въ исключительныхъ только случаяхъ, при равной силѣ, это явленіе соединяется съ ощущеніемъ—какъ бы тяжесть второй половины была уничтожена—при чомъ происходитъ колебаніе или только одной головы, или всѣмъ тѣломъ въ моментъ замыканія въ сторону Ап, а при отмыканіи, въ менѣе значительной степени, Ка въ сторону (Brenner <sup>11</sup>, Hitzig <sup>162</sup>). Позитивныя колебанія густоты дѣйствуютъ слабѣе въ смыслѣ замыканія, а негативныя въ смыслѣ отмыканія (Brenner <sup>11</sup>). При поперечной гальванизации затылка токомъ, вызывающимъ вторую степень головокруженія, Hitzig <sup>162</sup> наблюдалъ произвольное и безсознательное толчкообразное или нистагмообразное движеніе глазъ при замыканіи и при продолженіи его; эти движенія рассматривались какъ сложныя дѣйствія нѣсколькихъ глазныхъ мускуловъ болѣе быстрыя въ сторону Ка и менѣе быстрыя—въ сторону Ап. Эти движенія замѣтны въ теченіи дѣйствія тока и даже послѣ отмыканія они продолжаютъ нѣкоторое время, но въ противоположномъ направленіи. На основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій, Hitzig <sup>162</sup> и Ferrier <sup>164</sup> указали на возможность связи мѣстныхъ движеній съ этими глазными движеніями и зависимости всѣхъ проявленій головокруженія отъ непосредственнаго раздраженія мозжечка. Предполагаемое R. Remak'омъ <sup>9</sup> отношеніе голово-

круженія къ гальванизации *p. sympathici* небыло подтверждено Hitzig'омъ <sup>162</sup>, — объективныя разстройства равновѣсія, повидимому, не зависятъ отъ субъективныхъ ощущеній головокруженія, тока какъ Löwenfeld <sup>165</sup> вызывалъ первыя у глубоко захлороформированого кролика.

Опытъ показываетъ, что наклонность къ гальваническому головокруженію весьма различна у различныхъ индивидовъ. У весьма чувствительныхъ особъ головокруженіе часто вызывается уже самыми слабыми колебаніями тока на головѣ, или даже при субъавральной гальванизации. Патологическое отсутствіе этихъ головокруженій наблюдалось какъ частичное явленіе описаннаго Rosenthal'емъ торпора той же стороны мозга при *anesthesia hysterica*.

Эти явленія головокруженія и объективныя глазныя движенія не имѣютъ рѣшительно никакого терапевтическаго значенія, даже при леченіи параличей глазныхъ мускуловъ, такъ какъ при этихъ параличахъ вызванные гальваническимъ центральнымъ раздраженіемъ ассоціированныя глазныя движенія представляютъ на больномъ глазѣ соотвѣтствующіе дефекты (Hitzig<sup>162</sup>). Знаніе гальваническаго головокруженія важно въ томъ отношеніи, что, принимая его въ соображеніе при терапевтическихъ гальванизацияхъ мозга, должно избѣгать внезапныхъ замыканій и отмыканій тока, а въ особенности извращеній его при поперечной гальванизации; въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ отмыкать и замыкать токъ осторожно, посредствомъ реостата, при чомъ головокруженіе не явится даже при токъ значительной густоты. На случай наступленія головокруженія при гальванизации головы, вслѣдствіе ненамѣреннаго перерыва тока, полезно помнить, что головокруженіе тотъ часъ прекращается, какъ только прерванное дѣйствіе восстанавливается.

Извѣстныя фізіологическія изслѣдованія раздражимости мозговой корки (Hitzig и Fritsch, Ferrier и др.) неисполнимы на живомъ человѣкѣ при неповрежденномъ черепѣ, но въ видѣ исключенія ихъ удалось произвести при дефектахъ черепа въ темянной области и раздраженіе это сопровождалось появленіями конвульсивныхъ движеній руки и ноги противоположной

стороны (Bartholow <sup>166</sup>), или изолированнымъ поднятіемъ крыла носа и угла рта, экстензивными движеніями руки и т. д. (Sciamanna <sup>167</sup>). Hitzig <sup>162</sup> нашелъ, что Ап производитъ при раздраженіи мозговой корки больший эффектъ, нежели Ка, тѣмъ не менѣе и здѣсь рекомендуется гальванизация Ап темянной области во всѣхъ случаяхъ предположенія состоянія раздражимости,—хотя такая гальванизация соединена съ техническими затрудненіями, вслѣдствіе сопротивленія оказываемаго волосами. Гальванизация темянной области производилось при идиопатическихъ судоргахъ п. facialis (Erb <sup>66</sup>, Berger <sup>168</sup>), но Bernhardt <sup>169</sup> и я, при повторныхъ наблюденіяхъ не получали никакого успѣха, далѣе—при гемихореѣ и хореѣ (Berger <sup>168</sup>, Dapna <sup>170</sup>, Shapin <sup>171</sup>) и за тѣмъ съ неодинаковымъ успѣхомъ при частной односторонней эпилепсіи (Berger <sup>168</sup>).

Еще до вышеуказанныхъ изслѣдованій объ электрической возбудимости мозга пользовались гальванизацией мозга съ терапевтической цѣлью, для непосредственной каталитической резорпціи церебральныхъ кровоизліяній и успѣхъ дѣйствительно наблюдался въ раннихъ періодахъ геморрагической гемиплегіи (R. Remak <sup>82</sup> и <sup>127</sup>). За тѣмъ благоприятные успѣхи были получены Benedikt'омъ <sup>10</sup>, Erb'омъ <sup>12</sup>, Onimus'омъ <sup>71</sup>, Althaus'омъ <sup>84</sup> и др.,—хотя съ другой стороны были и отрицательныя мнѣнія (Eulenburg <sup>13</sup>, Nothnagel <sup>172</sup> и др.). Этотъ методъ состоитъ въ аппликаціи большихъ, и еще лучше приспособленныхъ къ формѣ головы, гибкихъ электродныхъ пластинокъ (10 ст. : 5 ст.) при примѣненіи слабыхъ токовъ, по С. W. Müller'у <sup>141</sup> и единогласному

подтвержденію всѣхъ электротерапевтовъ  $\frac{1 \text{ М. А.}}{24 \square \text{ см.}}$ , слѣдовательно 2 М. А. на электродъ въ 50 к. см. По моимъ же наблюденіямъ до 5 М. А. при осторожномъ замыканіи и отмыканіи, въ продолженіи не болѣе 3' и не только въ продольномъ направленіи (отъ лба къ затылку) заболѣвшей гемисферы, но и въ поперечномъ (на вискахъ, или въ fossa mastoidea), въ зависимости отъ предполагаемаго геморрагическаго гнѣзда,—или въ косомъ направленіи, такъ чтобы гнѣздо очага, по возможности, находилось въ соединительной линіи электродовъ (Erb <sup>17</sup>). Повидимому, направленіе тока безъ

различно, такъ какъ Benedikt<sup>10</sup> и Onimus<sup>71</sup> имѣли одинаково хорошіе успѣхи: первый при направленіи тока отъ затылка ко лбу,—а другой въ обратномъ направленіи. Церебральную гальванизацию комбинируютъ съ гальванизацией п. sympathicus, но покуда успѣхъ еще не подвергался критическому разсмотрѣнію за небольшимъ количествомъ наблюдений. Здѣсь значеніе, должно быть, имѣетъ не только каталитическое, но и оживляющее дѣйствіе гальванизма. При этомъ главную роль, вѣроятно, играютъ вазомоторныя свойства, такъ какъ Bernhardt'у<sup>173</sup> не удалось доказать катафорическихъ дѣйствій посредствомъ опредѣленія содержанія жидкости обоихъ гемисферъ при поперечной гальванизации на трупѣ. Это предположеніе было экспериментально изучено Löwenfeld'омъ<sup>144</sup> и<sup>165</sup> на трепанированныхъ кроликахъ, при чемъ измѣнялся калибръ артерій рiае; по его экспериментамъ, при поперечной гальванизации расширение получалось на сторонѣ Ап, а суженіе на сторонѣ Ка,—при продольной же гальванизации головы восходящій токъ (Ап—затылокъ, Ка—лобъ), говорятъ, вызываетъ правильное расширение, а обратное направленіе, менѣе постоянно, суженіе артерій; послѣднее явленіе ставятъ въ зависимость отъ соотвѣтственнаго воздѣйствія на вазомоторные центры medullae oblongatae. Практическій выводъ изъ этихъ экспериментовъ будетъ тотъ, что при поперечной гальванизации Ап слѣдуетъ ставить на то мѣсто, гдѣ требуется ускорить притокъ крови; онъ, однако, вызываетъ серьезное раздумье, въ виду недостаточныхъ указаній. Hughes<sup>175</sup> употреблялъ съ успѣхомъ, при гипереміи мозга, продольную гальванизацию въ нисходящемъ направленіи, согласно указаніямъ Löwenfeld'a<sup>155</sup>. Во всякомъ случаѣ, не смотря и на эти эксперименты при выборѣ того или другого направленія при гальванизации мозга, слѣдуетъ предпочесть здравую и осторожную эмпирию теоретической неувѣренности.

Само собой разумѣется, что осторожныя попытки гальванизации мозга и sympathicus могутъ быть производимы и при другихъ мозговыхъ органическихъ заболѣваніяхъ, а не только при апоплектическихъ гемиплегіяхъ. Повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такая гальванизация ускоряетъ обратный ходъ афазіи (E. Re-

так<sup>6</sup> и по моимъ наблюденіямъ имѣеть, хотя бы палиативный, успѣхъ даже при головныхъ боляхъ въслѣдствіе опухолей мозга. Большой успѣхъ имѣеть послѣдовательная гальванизация затылка и *proc. mastoideus* при бульбарномъ параличѣ (Erb<sup>146</sup> и др.), особенно при апоплектическомъ бульбарномъ параличѣ (Strümpell<sup>176</sup>). Гальванизация верхней затылочной области вызываетъ временное улучшение въ начальномъ стадіи *dementia paralytica*, особенно хорошо она вліяетъ на разстройство рѣчи (Arndt<sup>160</sup>, Hitzig<sup>177</sup> и Schüle<sup>178</sup>).

Церебральная гальванизация, повидимому, имѣеть, хотя бы палиативный, успѣхъ, кромѣ вышеназванныхъ нейрозовъ (хорея и т. д.) еще и при *paralysis agitans* при приложеніи на обоихъ вискахъ (R. Remak<sup>9</sup>, Mann<sup>179</sup>), или при продольной, въ направленіи тока отъ лба къ затылку (Erlenmeyer<sup>180</sup>). По моему можно разсчитывать на успѣхъ этой гальванизации при головныхъ боляхъ, давленіи въ головѣ и ощущеніи пустоты въ головѣ при *neurasthenia cerebri* (Althaus<sup>181</sup>, Hughes<sup>175</sup>). Замѣчательные результаты гальванизации головы наблюдались при истеріи. А. Eulenburg<sup>182</sup> вызывалъ поперечной гальванизацией гипнотизмъ,—М. Resenthal<sup>183</sup>, вызывалъ при *hemi-anaesthesia hysterica* продольною гальванизацией, въ полушаріи, находящемся въ торпорѣ, трансфертъ его и гемианестезіи,—Strübing<sup>184</sup> въ одномъ случаѣ каталепсіи вызывалъ, посредствомъ поперечной или продольной гальванизации, каталептические припадки,—Charcot<sup>185</sup> наблюдалъ, во время искусственной гипнотической летаргіи, кромѣ явленій нейрамускулярной перевозбудимости посредствомъ замыканія тока, при находящемся на лбу *An*, и сокращеніе угла рта, на той же, или на противоположной сторонѣ, и верхней и нижней конечности. Терапевтическіе результаты гальванизации головы при истеріи еще весьма измѣнчивы и невѣрны. Между прочимъ упомянемъ, что и при психозахъ указываютъ на хорошіе успѣхи, гальванизации головы, особенно при безсонницѣ и при меланхолии (Schüle<sup>178</sup>, Tigges<sup>87</sup>, и v. d. Heyden<sup>186</sup>).

Въ дополненіе къ описанію методовъ мѣстной гальванизации слѣдуетъ добавить о мѣстной гальванизации внутреннихъ органовъ. Въ случаяхъ, когда мы

желаемъ, при посредствѣ мѣстнаго гальваническаго воздѣйствія на гладкія мышечныя волокна, вызвать сокращеніе въ желудкѣ, кишечникѣ, мочевомъ пузырь и uterus, то въ этомъ отношеніи съ гальванотерапіей конкурируетъ фарадотерапія. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ (Saragiosiadis<sup>187</sup>, Onimus<sup>188</sup>) и тутъ гальваническій токъ оказывается болѣе дѣйствительнымъ, особенно это видно изъ экспериментальныхъ изслѣдованій на uterus (Onimus<sup>188</sup>, Bumm<sup>189</sup>). при чемъ An оказывается болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ Ka (Bumm<sup>189</sup>). Для дѣйствія на uterus производится гальванизация отъ области поясицы къ hypogastrium, или даже къ colum uteri (при внутреннемъ приложеніи) при леченіи слабыхъ родовыхъ потугъ, въ послѣродовомъ періодѣ, при вызовѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (Onimus<sup>188</sup>, Bumm<sup>189</sup>, Bayer<sup>90</sup>),—при аменорее и дизменорее (Althaus<sup>181</sup> и <sup>145</sup>, Nefstel<sup>144</sup>, Onimus<sup>188</sup>, Bayer<sup>90</sup>),—при фибромахъ uteri (Onimus<sup>188</sup>). Нельзя не согласиться съ Ziemssen'омъ, что указанія перистальтики и т. д. не имѣютъ особеннаго значенія для электротерапіи органовъ груди, живота и таза, такъ какъ часто получаютъ хорошіе результаты при гальванизации (посредствомъ большихъ, соотвѣтственно изогнутыхъ пластинокъ) висцеральныхъ невралгій и при нейрозахъ (кардіалгія, гастралгія, энтералгія, оваріалгія), при чемъ обращается особенное вниманіе на болевые пункты (Leube<sup>182</sup>, Nefstel<sup>144</sup>, Baierlacher<sup>193</sup>, M. Rosenthal<sup>194</sup>, Holst<sup>195</sup>, E. Remak<sup>196</sup>). При слабости расширеннаго и гипертрофированнаго сердца безъ пораженія клапановъ v. Ziemssen<sup>197</sup> получалъ хорошіе результаты посредствомъ кожной стабильной гальванизации и извращеніемъ сильныхъ токовъ, большими электродами отъ позвоночника къ области сердца; у не слишкомъ полныхъ особъ получалось повышение энергіи отдѣльныхъ сокращеній, появлялась правильность ударовъ и повышение пульсовой волны съ увеличеніемъ напряженія, однимъ словомъ являлось освѣженіе дѣятельности сердца. Ziemssen сталъ производить терапевтическія изслѣдованія послѣ того, какъ ему удалось экспериментировать надъ обнаженнымъ сердцемъ живого человѣка, вслѣдствіе резекціи грудной стѣнки. Въ этомъ случаѣ послѣдовательность

сердечныхъ ударовъ ускорялась въ два и три раза противъ нормальнаго подъ вліяніемъ стабильной непосредственной гальванизации верхней поверхности желудочковъ, а также посредствомъ извращения тока, какъ посредственнаго, такъ и непосредственнаго; замедлить же удары сердца гораздо труднѣе и возможно только гораздо сильнѣйшими токами. Однако контрольные опыты, произведенные на здоровомъ Herbst'омъ<sup>198</sup>, Dixon Mann<sup>199</sup>, дали отрицательные результаты. Тѣмъ не менѣе, вышесказанныя изслѣдованія позволяютъ непосредственную гальванизацию области сердца въ соотвѣтственныхъ случаяхъ. Это однако не должно быть смѣшиваемо съ успѣхами гальванизации vagus при частыхъ нарушеніяхъ сердечной инервации, пальпитации сердца, астмѣ и проч. (въ нисходящемъ направленіи—Flies<sup>200</sup>, Erb<sup>17</sup>). Эти опыты дополняютъ собою вышесказанное о субавральной гальванизации при астмѣ и morbus Basedowii.

Кромѣ всѣхъ этихъ методовъ мѣстной гальванизации Beard<sup>201</sup> предложилъ въ качествѣ центральной гальванизации методъ, при которомъ широкій Ка прикладывается въ epigastrium а An поочередно лѣвильно прикладывается ко лбу (отъ 1 до 2 минутъ), темени (1—2'), n. sympathicus (1—5' съ каждой стороны), затылку и вдоль позвоночника (3—6'). При такомъ методѣ Beard наблюдалъ блестящіе успѣхи при истеріи, ипохондріи, гастралгіи, angina pectoris, chorea, нервной диспепсіи, нейрастеніи, спинальномъ и церебральномъ истощеніи, diabetes mellitus и при различныхъ кожныхъ заболѣваніяхъ (eczema, acne rosaceae, prurigo, pityriasis, psoriasis). Само собой понятно, что эта центральная гальванизация состоитъ изъ комбинаціи мѣстныхъ воздѣйствій гальваническаго тока. Тоже можно сказать о предложенной Beard'омъ и Rockwell'омъ<sup>202</sup>, въ противность мѣстной электротерапіи мѣстныхъ заболѣваній, общей гальванизации общихъ заболѣваній. При этомъ послѣднемъ методѣ, Ка посредствомъ мѣдной пластинки аплицируется къ ногамъ, тогда какъ An посредствомъ руки врача или губки проводится по всѣмъ частямъ тѣла въ теченіи 5—45', особенно дѣлая удареніе на n. sympathicus. Этотъ методъ носить названіе общаго укрѣп-



ляющаго (tonicum) и терапевтическіе успѣхи его, говорятъ, состоятъ въ улучшеніи сна, уменьшеніи нервности и психической депрессіи, улучшеніи аппетита, регулировкѣ пищеваренія и кишечныхъ функцій, увеличеніи волокна мускуловъ и вѣса тѣла. Всѣ эти улучшенія приписываются возбужденію всей центральной нервной системы и повышенному питанію мускуловъ. Но для леченія нейрастеніи этотъ методъ далеко уступаетъ, гораздо болѣе пріятно дѣйствующей, общей фарадизаціи. Въ настоящее время общая гальванизация употребляется Stein'омъ<sup>20</sup>, только при ясно выраженной спинальной ирритации, въ болѣе короткомъ теченіи и въ видѣ только стабильной гальванизации затылка и лабильной гальванизации спины и всего n. ischiadici. Взамѣнъ общей гальванизации производили общую гальваническую ванну.

Всѣ вышеописанные гальванотерапевтическіе приемы состояли во временномъ примѣненіи электричества сеансами, но, кромѣ немедицинскихъ противуревматическихъ цѣпей, совѣтовали, для постояннаго воздѣйствія слабаго гальваническаго тока, прикладываніе «простого элемента» (соединеніе цинковой и мѣдной пластинки изолированной проволокой) при помощи липкаго пластыря на цѣлые дни и недѣли. Это прикладываніе употреблялось при нейралгіи, ломотѣ, головныхъ боляхъ и т. д. (Ciniselli). Считались хорошими составныя цѣпи изъ 2—4 элементовъ Trouvé (цинкомѣдные элементы безъ діафрагмы) съ обыкновенными электродными пластинками, прикрѣпленными на заболѣвшемъ мѣстѣ съ нисходящимъ направленіемъ тока, для простыхъ параличей отъ недѣятельности и мускульныхъ атрофій вслѣдствіе травмы и пораженія сочлененій (Lefort<sup>204</sup>, Valtat<sup>205</sup>, Erb<sup>17</sup>). Для постояннаго An—электротонизирующаго леченія въ хроническихъ нейрозахъ чувствительныхъ нервовъ (нейралгіи и нейрозы сердца) Finkelnburg<sup>206</sup> предписывалъ небезуспѣшно ношеніе «поясообразныхъ приспособленій», состоящихъ изъ 8—10 пластинчатыхъ цинкомѣдныхъ элементовъ со смоченными слабокислымъ растворомъ порозными пластинками, оканчивающимися плоскими электродами, изъ которыхъ Ка, во избѣжаніе раздраженія кожи, долженъ быть возможно боль-

\*

ше, Ап же, возможно меньшей величины, прикрѣпляется къ больному мѣсту.

Постоянныя цѣли, вслѣдствіе химическаго дѣйствія кожи, оставляютъ послѣ себя изъязвленія (v. Ziemssen<sup>3</sup>), слѣдовательно они никакъ не бездѣтельны и могутъ поддерживать постоянное раздраженіе кожи (М. Meyer<sup>5</sup>). Тѣмъ не менѣе остается нерѣшеннымъ — можетъ ли развивающійся при относительно незначительномъ разстояніи обѣихъ полюсовъ, непремѣнно слабый, токъ проникать въ глубину съ требуемымъ постоянствомъ, — хотя при нейралгіяхъ, и жужжаньи въ ушахъ именно и желательно продолжительное воздѣйствіе слабыхъ и неизмѣнныхъ по своей густотѣ токовъ.

Оканчивая краткій обзоръ разносторонняго терапевтическаго дѣйствія и примѣненія гальваническаго тока на неповрежденную кожу, мы можемъ сдѣлать слѣдующій выводъ: въ гальванотерапіи, какъ и въ терапіи вообще, различные методы, а также и комбинированное ихъ примѣненіе, напр. центральное съ периферическимъ, представляютъ отчасти совершенно эмпирическіе, отчасти научно-основанные успѣхи. Образъ дѣйствія этого цѣлебнаго средства, не смотря на многіе пробѣлы и нѣкоторую невыясненность, сталъ болѣе понятнымъ въ медицинскомъ примѣненіи, нежели дѣйствіе многихъ медикаментовъ. Наши знанія по этому вопросу достаточны, чтобы имѣть по крайней мѣрѣ руководящія точки опоры для специальной гальванотерапіи отдѣльныхъ болѣзней, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечно, дѣло весьма много зависитъ отъ точнаго діагноза, внимательной индивидуализаціи и соотвѣтственнаго исполненія назначеннаго плана леченія.

## II. Фарадотерапія.

Для терапевтической электризаціи пригоденъ всякій индуктивный аппаратъ, дающій достаточно сильный токъ и сносную градуировку. Въ большинствѣ этихъ аппаратовъ мы имѣемъ три отдѣленія: одно для элемента, другое для индуктивнаго аппарата и третье для добавочныхъ частей аппарата. На аппаратахъ обыкновенно существуютъ приспособленія для пользованія первичнымъ и вторичнымъ токами, для этого слѣду-

еть только поставить замѣтку, гдѣ Р первичная спираль, и S вторичная спираль. Электроды укрѣпляются посредствомъ нажимныхъ винтовъ, при чемъ одинъ изъ нихъ будетъ всегда служить для An, а другой для Ka. Съ цѣлью прерыванія тока можно употреблять Meyer'овскій электродъ съ прерывателемъ. Относительно того — будетъ ли дѣйствовать болѣе раздражающимъ образомъ вторичный токъ, или слѣдуетъ ему предпочитать первичный, — нужно замѣтить, что раздраженіе мускуловъ и нервовъ скорѣе зависитъ отъ качества электродовъ, чѣмъ отъ свойства тока. Колебанія въ напряженіи тока лучше производить путемъ введенія или выведенія металлической сердцевины въ аппаратъ, при чемъ для градуировки на эту сердцевину наклеивается скала съ дѣленіями.

Добавочные аппараты состоятъ изъ двухъ шнуровъ въ гутаперчевыхъ трубкахъ, двухъ электродныхъ ручекъ, изъ которыхъ одна снабжена Meyer'овскимъ прерывателемъ, и навинчиваемыхъ на послѣднія обтянутыхъ холстомъ или губкой электродныхъ пластинокъ различной величины. Такъ какъ для терапевтической цѣли не требуется такая точная и нерѣдко затруднительная локализція тока, какъ для діагностическихъ цѣлей, то при этомъ употребляютъ не пуговкообразныя, а болѣе широкія электродныя пластинки, имѣющія отъ 3-хъ до 5-ти ст. въ діаметрѣ. Для общей фарадизаціи пользуются электротерапевтической массажной катушкой, хотя она весьма не цѣлесообразна, такъ какъ даетъ только узенькую полоску площади прикосновенія. Для фарадизаціи внутреннихъ полостей тѣла (гортани, желудка, мочевого пузыря, vagina, rectum) примѣняютъ пуговчатый или оливкообразный электроды, навинченные на зондообразныя изолированныя ручки, содержащія внутри металлическій проводъ, — или же металлическій зондъ, покрытый почти до самаго конца изолирующимъ слоемъ.

Примѣненіе индуктивнаго тока съ терапевтическою цѣлью употребляется двояко: или для электризаціи подъ кожей глубжележащихъ частей, — тогда оба электрода берутся влажные, — или имѣютъ въ виду поверхностное раздраженіе кожи, — при чемъ индифферентный полюсъ будетъ влажный, а дифферентный,

въ большинствѣ случаевъ металлическая кисть, сухой.

Первый методъ употребляется при основанной Duchenn'омъ терапевтической мѣстной фарадизаціи произвольныхъ мускуловъ, при которой, по первоначальному предписанію, оба электрода, обыкновенно одной рукой взятые, прикладываются на данномъ мускулѣ одинъ подлѣ другого,—и сила тока примѣняется такая, чтобы вызвать сокращеніе въ этомъ мускулѣ. По доставленнымъ R. Remak'омъ даннымъ, при такой фарадизаціи производится интрамускулярное раздраженіе нервовъ, при чемъ приложеніемъ электродовъ на моторные пункты можно вызвать безболѣзненное весьма сильное сокращеніе мускуловъ,—почему вышеуказанный методъ фарадизаціи мускуловъ въ послѣднее время измѣненъ. А именно, при терапевтической мѣстной фарадизаціи мускуловъ, дифферентнымъ полюсомъ раздражаются моторныя точки и только къ мускуламъ, не имѣющимъ моторныхъ пунктовъ, примѣняютъ интрамускулярную фарадизацію посредствомъ широкаго электрода (v. Ziemssen<sup>8</sup> и др.). Изслѣдованія различія обоихъ методовъ приложенія не имѣется. Неизвѣстно, не является ли болѣе удобнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ старѣйшій методъ; при которомъ оба полюса прикладываются къ данному мускулу и такимъ образомъ избѣгаютъ безцѣльнаго воздѣйствія на нервныя стволы,—быть можетъ поэтому его и слѣдуетъ предпочесть для терапевтическихъ цѣлей (Duchenne<sup>5</sup>, Benedikt<sup>10</sup>). Еще большее возбуждающее дѣйствіе производитъ фарадизація нервныхъ стволловъ. Наблюдалось, что, вмѣстѣ съ продолжительностью и интенсивностью сокращенія, является значительное усиленіе теплоты сокращающихся мускуловъ (v. Ziemssen<sup>8</sup>, Althaus<sup>84</sup>), чему придавалось большое терапевтическое значеніе.

Терапевтическое значеніе нервной и мускульной фарадизаціи во первыхъ весьма важно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется вызвать тетаническое сокращеніе мускуловъ. По многократно подтвердившимся изслѣдованіямъ, произведеннымъ v. Ziemssen'омъ, посредствомъ продолжительнаго ритмическаго раздраженія n.n. rhrenici, можно заставить діафрагму сокращаться ритмически и этимъ замѣнить

естественную вентиляцію легких до наступленія произвольнаго движенія въ случаяхъ асфиксіи, вслѣдствіе отравленія окисью углерода, алкоголемъ, хлороформомъ, опіемъ, сѣроуглеродомъ и свѣтильнымъ газомъ,—далѣе, при асфиксіи вслѣдствіе дифтерита и асфиксіи neonatorum; слѣдовательно, во всѣхъ этихъ случаяхъ, фарадическія сокращенія, комбинированныя съ другими методами искусственнаго дыханія, могутъ посредственно дѣйствовать жизнеохраняющимъ образомъ.

Далѣе, возбужденныя фарадизаціей тетаническія сокращенія имѣють высокое терапевтическое значеніе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно вызвать только сильную фізіологическую гимнастику мускуловъ, а при ихъ посредствѣ—также сухожилій, сочлененій и связокъ, напр., при парезахъ, послѣ переломовъ, вывиховъ, резекцій,—при прошедшихъ травматическихъ и флегмозныхъ воспаленіяхъ оболочекъ сухожилій,—также при псевдоартрозахъ (Hitzig<sup>210</sup>). Во всѣхъ этихъ случаяхъ посредствомъ сильныхъ тетаническихъ сокращеній можно достигнуть благопріятнаго механическаго дѣйствія. Nefel<sup>211</sup> имѣлъ хорошій успѣхъ, даже при застарѣлыхъ нейритахъ, производя безкровное растяженіе путемъ тетанизации фарадическимъ токомъ мускуловъ — антагонистовъ. Duchenne<sup>5</sup> также примѣнялъ фарадизацію антагонистовъ для растяженія контрактурированныхъ мускуловъ.

Пока отъ электротерапевтическихъ мѣръ требовалось только сильнаго возбужденія нервно-мускульнаго аппарата, мѣстная фарадизація примѣнялась безъ различія ко всѣмъ нейротическимъ параличамъ и мускульнымъ атрфіямъ, на основаніи наблюденій, что при ея примѣненіи, указанныя страданія могутъ постепенно проходить. При идіопатическихъ мускульныхъ параличахъ исцѣляющаго дѣйствія ждали отъ самыхъ сокращеній; при периферическихъ, спинальныхъ и церебральныхъ параличахъ исцѣляющее дѣйствіе фарадизации приписывали рефлекторнымъ раздраженіямъ, преодолевающимъ препятствіе къ проводимости, и съ этой цѣлью употребляли электрическую кисть, или же цѣлебное свойство мѣстной фарадизаціи видѣли въ томъ, что, при отсутствіи мотор-

ной инервации, она предупреждала атрофію мускуловъ (John Reid<sup>212</sup> и др.). Всѣ эти цѣли, кромѣ сомнительнаго рефлекторнаго воздѣйствія, потеряли всякую основу съ тѣхъ поръ, какъ дознано, что при церебральныхъ параличахъ (гемиплегіи) обыкновенно не наступаетъ значительной атрофіи мускуловъ, даже при продолжительномъ существованіи паралича; а что при другихъ аміотрофическихъ, периферическихъ, спинальныхъ и бульбарныхъ параличахъ, аміотрофія наступаетъ вопреки самому энергичному электрическому леченію. Duchenne<sup>5</sup> различаетъ въ такихъ случаяхъ свѣжіе и застарѣлые параличи и только въ послѣднихъ наблюдалъ фарадо-терапевтическій успѣхъ; это доказываетъ, что результаты получаются благоприятнѣй въ регенеративномъ стадіи. Антипаралитическое свойство фарадическаго тока весьма сомнительно и практически еще совершенно недоказанно, въ виду весьма сложныхъ условій воздѣйствія чередующихся въ направленіи ударовъ тока, кратчайшей продолжительности, весьма незначительной силы тока и непремѣнно весьма незначительнаго электротонизирующаго свойства. По R. Remak'у<sup>9</sup> вѣрно только то, что сильное фарадическое раздраженіе оказываетъ парализующее вліяніе на моторные нервы. R. Remak и др. пользовались этимъ дѣйствіемъ для временнаго ослабленія паралитическихъ сокращеній при гемиплегіяхъ. Наблюденія R. Remak'a<sup>9</sup>, что при продолжительной фарадизаціи нервовъ и мускуловъ наступаетъ вредное временное мускульное напряженіе или контрактуры, не были подтверждены другими изслѣдователями. Слѣдуетъ замѣтить, что и Duchenne рекомендовалъ не употреблять быстроударныхъ индуктивныхъ токовъ при параличахъ и атрофіяхъ,—и совѣтовалъ фарадизацію съ рѣдкими перерывами, вообще избѣгалъ раздраженія нервныхъ стволовъ и примѣнялъ токъ такой силы, чтобы только вызвать слабое сокращеніе мускуловъ. Это согласуется съ физиологическими данными Kronecker'a, который говоритъ, что утомленіе моторнаго нерва растеть съ частотой раздраженія, посредствомъ же медленнаго чередованія раздраженія, могущаго вызвать продолжительное стягиваніе, утомленіе держится среднихъ границъ. Говоря объ анти-

паралитическомъ дѣйствіи слабыхъ индуктивныхъ токовъ, нельзя умолчать о томъ, что явныя непосредственныя антипаралитическія свойства фарадизаціи никакъ не могутъ сравниться съ такими же свойствами цѣлесообразной гальванизаціи. Многократно признанное свойство фарадическаго раздраженія, пересиленія паралича, при примѣненіи тока выше мѣстъ, задерживающихъ проводимость и тѣмъ обусловливающихъ параличъ, не можетъ быть подтверждено даже при легкихъ параличахъ отъ компрессіи (R. Remak <sup>23</sup>, Bernhardt <sup>214</sup>). Хотя, по совѣтамъ многочисленныхъ приверженцевъ индуктивнаго тока, фарадизацію примѣняютъ или однимъ, альтернирующимъ токомъ или одновременно съ гальваническимъ, при различныхъ формахъ параличей и прогрессивной мускульной атрофіи; тѣмъ не менѣе и сильныхъ фарадическихъ раздраженій мускуловъ мы рѣшительно не рекомендуемъ, не смотря на то, что великолѣпная мускульная игра тетаническихъ сокращеній въ парализованныхъ членахъ представляется весьма склонною къ поддержанію надеждъ паціента и врача на возстановленіе функціи. Здѣсь слѣдуетъ упомянуть о ходячемъ нѣкоторое время возрѣніи, что индуктивный токъ исцѣляюще примѣняется въ тѣхъ случаяхъ параличей, гдѣ онъ вызываетъ сокращенія, а гальваническій токъ тамъ, гдѣ онъ одинъ вызываетъ сокращенія, а индуктивный токъ остается безъ дѣйствія. Это случается только при тяжкихъ аміотрофическихъ параличахъ, — а мы уже выше говорили, что при этого рода параличахъ терапевтическое значеніе гальвано-мускулярной реакціи перерожденія весьма ничтожно. Поэтому было бы весьма неправильнымъ ограничить примѣненіе гальваническаго тока, обладающаго положительно большимъ антипаралитическимъ дѣйствіемъ, этими параличами и исключить его при пользованіи тѣхъ параличей, при которыхъ, сохраненная фарадическая нервная раздражимость, указываетъ на непораженную анатомическую непрерывность нерва и возможность скорого возстановленія и функціональной проводимости.

Вышеуказанное парализующее дѣйствіе сильныхъ фарадическихъ нервныхъ раздраженій обыкновенно имѣетъ только временный успѣхъ для ослабленія ге-

миплегических контрактуръ; съ каждой новой инервацией контрактуры наступаютъ вновь. Фарадизация моторнаго *facialis*, въ видѣ такъ называемыхъ увеличивающихся индуктивныхъ токовъ (при которыхъ сила тока во время аппликаціи постепенно повышается до своего *maximum'a*), счастливо примѣнялась въ нѣкоторыхъ случаяхъ *blepharospasmus* и *tic convulsif* (Fromhold<sup>215</sup>, Benedikt<sup>10</sup>, Erb<sup>216</sup> и<sup>17</sup>). Примѣры этихъ же усиливающихся индуктивныхъ токовъ на сторонѣ сгибателей и разгибателей предплечья давало Neftel'ю<sup>211</sup> прекрасные результаты при спазмѣ писцовъ и піанистовъ. На основаніи этого, даже оставляя въ сторонѣ аппликацію на сторонѣ антагонистовъ контрактурированныхъ мускуловъ, за индуктивнымъ токомъ приходится признать антиспастическое дѣйствіе.

Болеутоляющее (анестезирующее) дѣйствіе фарадизаціи наблюдалось только весьма рѣдко при нейралгіяхъ, посредствомъ приложенія электродовъ къ проводящему боль нервному стволу; эти рѣдкіе успѣхи приписывались парализующему и понижающему раздражимость дѣйствию фарадизаціи (М. Meyer<sup>6</sup>). Но поперечное фарадическое пользованіе пораженныхъ сочлененій смоченными электродами при нейралгіяхъ сочлененій оказываетъ часто хорошій успѣхъ (М. Meyer<sup>216</sup> и<sup>7</sup>). Также съ успѣхомъ примѣняли фарадизацію головы въ случаяхъ мигрени, употребляя для этого первичный токъ, въ направленіи отъ затылка ко лбу, при смоченныхъ электродахъ (Frommhold<sup>215</sup>). Обыкновенно съ цѣлью болеутоляющаго дѣйствія употребляютъ, по предложенію Duchenn'a<sup>5</sup>, сухое кожное раздраженіе, которое наиудобнѣе примѣнимо при введеніи въ цѣпь самага электротерапевта. Особенно это необходимо при электризаціи лица во время мигрени, для чего лучше всего пользоваться электрической рукой; въ другихъ же случаяхъ—электрической кистью. Послѣдней бьютъ по кожѣ (электрическое бичеванье), или раздражаютъ на опредѣленномъ мѣстѣ, вызывая электрическія искры (электрическія моксы). Этимъ вызывается болѣзненное раздраженіе кожи и проникновеніе тока къ нерву, чѣмъ часто увеличиваются нейралгическія боли, избѣгнуть же



его, по Duchenn'y<sup>5</sup>, возможно посыпаньемъ кожи осушающимъ порошкомъ. Въ этихъ случаяхъ приложеніе производится или вблизи болящаго мѣста, или, въ очень застарѣлыхъ случаяхъ, чтобы возбудить наиболѣе интенсивное противураздраженіе, на одномъ изъ наиболѣе чувствительныхъ мѣстъ (helix, крылья носа). Слѣдовательно этотъ методъ сводится на быстрое и весьма сильное противураздраженіе, конечно, безъ непріятныхъ послѣдствій,—и этимъ-то противураздраженіемъ не допускается перенесеніе боли на центральные органы—(Tirprier<sup>218</sup>). Указаннымъ методомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ нейралгій, обыкновенно стоящихъ на истерической основѣ, напр. при *sosygodenia* (Seeligmüller<sup>219</sup>), полное исцѣленіе получается въ одинъ или нѣсколько сеансовъ; фарадизація кисточкой спины даетъ хорошіе результаты также въ нѣкоторыхъ случаяхъ спинальной ирритациі—Jewell<sup>220</sup>. Обыкновенно успѣхъ этой непріятной процедуры скоропроходящій и очень скоро боли наступаютъ съ ожесточеніемъ. Фарадизація кисточкой и моксы въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ быть испробованны, напр., на *epigastrium* для прекращенія истеро-эпилептического припадка (Feletti<sup>221</sup>), но если первый сеансъ не далъ хорошихъ результатовъ, то дальнѣйшихъ успѣховъ отъ него ожидать нечего. Фарадическая кисточка съ успѣхомъ примѣнялась также на болевые точки суставовъ, при суставныхъ нейралгіяхъ (Berger<sup>222</sup>). Терапевтическіе успѣхи фарадической кисточки, въ качествѣ легко регулирующаго средства и могущаго вызвать, по желанію, весьма сильныя раздраженія кожи, всѣми признаны для симптоматическаго пользованія какъ периферическихъ, такъ и центральныхъ анестезій. Быть можетъ въ этихъ успѣхахъ играетъ нѣкоторую роль вазомоторное вліяніе, которое фарадизація кожи конечностей и туловища, повидимому, производитъ въ центральныхъ органахъ. У лягушки и кролика наблюдалось расширеніе артерій рѣе въ полушаріи, противуположномъ фарадизируемой конечности, если раздраженіе производилось достаточно долго и сильно (Rumpf<sup>223</sup>),—а также расширеніе сосудовъ рѣе спинного мозга (Löwenfeld<sup>224</sup>). На этихъ фізіологическихъ данныхъ основываются настойчивые и часто повторяемые

въ послѣднее время совѣты — употреблять фарадизацію кисточкой нижнихъ конечностей и туловища при леченіи *tabes dorsualis* (Rumpf<sup>224</sup>, Löwenfeld<sup>225</sup>, Niermeyer<sup>226</sup>). Въ этихъ случаяхъ рекомендуются сеансы 6—10', до появленія красноты кожи, съ интенсивностью, которая какъ разъ занимаетъ средину между электрокожнымъ ощущеніемъ и электроболевымъ ощущеніемъ. М. Мейер<sup>6</sup> уже давно указывалъ на хорошіе результаты этого метода при *tabes dorsualis*. По Rumpf'у<sup>224</sup> къ лечебнымъ успѣхамъ фарадической кисточки при *tabes* слѣдуетъ приписать, кромѣ ея болеутоляющаго и повышающаго чувствительность дѣйствія (объективно доказываемаго), еще и вліяніе ея на процессъ циркуляціи въ спинномъ мозгу и зрачокъ, — по его мнѣнію, продолжительное кожное раздраженіе, должно производиться до излеченія рефлекторной ригидности. Замѣтимъ между прочимъ, что во всѣхъ исторіяхъ болѣзни, гдѣ говорилось объ успѣхахъ этого метода при *tabes*, одновременно или чередуясь съ фарадизаціей, употребляли и гальванизацию спины. Дальнѣйшія изслѣдованія покажутъ равняются ли успѣхи этого периферическаго метода леченія *tabes* успѣхамъ центральной гальванизации, — или, быть можетъ, въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ даже они превышаютъ. При *myelitis* съ *neuritis optica*, *neurasthenia spinalis* и *cerebralis*, Rumpf<sup>227</sup> также съ успѣхомъ примѣнялъ этотъ методъ; замѣчательно то, что здѣсь дѣйствовали какъ разъ противъ гипереміи предполагаемыхъ органовъ. Впрочемъ Löwenfeld<sup>225</sup> говоритъ, что фарадическая кисточка, смотря по надобности, какъ расширяетъ спастически суженные мозговые сосуды, такъ и суживаетъ расширенные. И въ этихъ случаяхъ рѣшающее слово остается за эмпирическимъ опытомъ. Во всякомъ случаѣ благотворное, непосредственное вліяніе кожной фарадизации на отдѣльныя качества ощущений, при всякаго рода анестезіяхъ, обыкновенно совершенно явное.

При церебральной, какъ истерической, такъ и свинцовой, а также осложняющей апоплектическія гемиплегіи, геміанестезіи, Vulpian<sup>228</sup>, Grasset<sup>229</sup>, Merklen<sup>230</sup>, наблюдали возвращеніе чувствительности посредствомъ мѣстной кожной фарадизации, не только на фарадизуе-

момъ мѣстѣ, но и на большей части анестезированной половины тѣла; вслѣдствіе чего они признають возможность модификаціи церебральнаго ощущающаго аппарата посредствомъ периферической фарадизаціи. Далѣе, въ случаяхъ апоплектической гемиплегіи съ афазіей и геміанестезіей, Vulpien<sup>228</sup> наблюдалъ при повторной энергической кожной фарадизаціи не только возвратъ чувствительности, но также улучшеніе подвижности и разстройствъ рѣчи, такое явленіе онъ ставитъ въ зависимость отъ раздраженія тѣхъ нервныхъ центровъ, которые, викарируя уничтоженные гнѣзднымъ процессомъ функціи, побуждаемы были къ тому энергическимъ периферическимъ раздраженіемъ. Что вліяніе кожной фарадизаціи особенно съ чувствительныхъ мѣстъ (грудныя соски, шея, лицо) возможно, даже на такіе отдаленные центры, какъ дыхательный, это доказывается хорошими результатами даннаго способа леченія всѣхъ видовъ асфиксіи и мнимой смерти, (Duchenne<sup>5</sup> и др.). Точно также по изслѣдованіямъ Benedikt'a<sup>231</sup> и Arndt'a<sup>160</sup> раздражающее дѣйствіе кожной широко примѣненной фарадизаціи вліяло на мозговую корку и тѣмъ производило благопріятные результаты при состояніяхъ психической депрессіи, а также при меланхолическомъ ступорѣ.

Послѣ этого короткаго обзора терапевтическаго дѣйствія мѣстной фарадизаціи мускуловъ и нервовъ съ одной стороны, и съ другой стороны кожной фарадизаціи при мѣстныхъ заболѣваніяхъ нервной системы, остается рѣшить еще одинъ вопросъ: обладаетъ ли индуктивный токъ, хотя бы при воздѣйствіи на поверхностно лежащіе органы, каталитическимъ дѣйствіемъ, приписываемымъ гальваническому току? Хотя при незначительномъ химическомъ дѣйствіи и альтернирующемъ направленіи отдѣльныхъ ударовъ тока приходится исключить значительныя электролитическія и катафорическія свойства его, тѣмъ не менѣе нельзя сомнѣваться въ весьма важномъ сосудорасширяющемъ дѣйствіи сильныхъ индуктивныхъ токовъ. Дѣйствительно, посредствомъ послѣдовательнаго и продолжительнаго примѣненія весьма сильныхъ и болѣзненныхъ токовъ удавалось уничтожить даже

большія опухоли желѣзъ (Boulu<sup>232</sup>, М. Meyer<sup>6</sup>). М. Meyer'у<sup>233</sup> приходилось совершенно разгонять, даже въ короткій срокъ, эти опухоли желѣзъ, проводя въ поперечномъ направленіи весьма сильныя индуктивныя токи. Быстрое излеченіе острыхъ мускульныхъ ревматизмовъ, напр. lumbago, посредствомъ сильныхъ (постепенно повышающихся) индуктивныхъ токовъ (Runge<sup>234</sup>, Gubler<sup>235</sup>) нельзя отчасти не отнести къ проявленію каталическаго воздѣйствія. Для леченія ревматическихъ воспаленій сочлененій сперва употребляли индуктивное электричество магнито-электрическаго ротаціоннаго аппарата Fririer'а<sup>236</sup>, затѣмъ фарадическій токъ Cahen'а<sup>6</sup>, при чемъ результаты были вполне удовлетворительныя, такъ какъ экссудатъ совершенно исчезалъ,—тоже было при подагрическихъ опухоляхъ пальцевыхъ сочлененій. Weisflog<sup>237</sup> примѣнялъ съ пользою слабыя фарадическія токи, невызывающіе мускульныхъ сокращеній, а также мѣстные фарадическія ванны, при деформационныхъ, подагрическихъ, травматическихъ и золотушныхъ воспаленіяхъ сочлененій и такимъ образомъ онъ получалъ смягченіе боли и резорпцію экссудата. При острыхъ сочленовыхъ ревматизмахъ Weisflog<sup>237</sup> считалъ противопоказаннымъ индуктивный токъ, вслѣдствіе усиленія боли; а между тѣмъ проф. Дроздовъ<sup>238</sup> и Beetz<sup>239</sup>, примѣняя влажныя электроды, а Abramowski<sup>240</sup>—фарадическую кисточку, въ многократно повторныхъ случаяхъ получали благопріятныя результаты,—хотя успѣхъ этотъ былъ паліативный, какъ относительно боли, такъ и относительно подвижности. Schwalbe<sup>241</sup> совѣтовалъ фарадическое бичеванье при различныхъ страданіяхъ сочлененій, varices и рожистомъ воспаленіи. Такъ какъ при сочленовомъ ревматизмѣ, также какъ и при нейралгіяхъ сочлененій, упоминается объ успѣшномъ примѣненіи какъ влажныхъ, такъ и сухихъ электродовъ, то надо думать, что главное здѣсь значеніе имѣетъ болеоглушающее дѣйствіе,—каталическаго-же вліянія можно ожидать только отъ влажныхъ электродовъ. Мои изслѣдованія въ подострыхъ и хроническихъ случаяхъ arthritis deformans показали мнѣ, что фарадическій токъ по своему дѣйствію въ этихъ случаяхъ стоитъ значительно ниже гальваническаго.

Гальванический токъ имѣетъ также гораздо больше непосредственно освѣжающее дѣйствіе на соучаствующіе въ страданіи мускулы; тогда какъ индуктивный токъ, по отношенію къ соучаствующимъ мускуламъ, бесполезенъ и даже увеличиваетъ боли. Но тѣмъ не менѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, поочередное или одновременное примѣненіе обоихъ токовъ, можетъ быть полезно на что указывалъ еще R. Remak.

По новѣйшимъ фізіологическимъ изслѣдованіямъ, посредственное каталитическое дѣйствіе фарадического тока при раздраженіи нервныхъ стволовъ, содержащихъ вазомоторныя нервныя волокна, не можетъ быть отрицаемо. При воспаленіяхъ сочлененій фарадизація нервныхъ стволовъ почти всегда вызываетъ обострѣніе боли, такъ что тутъ рекомендовать этотъ способъ пользованія невозможно.

Фарадизація п. sympathici имѣетъ такую же сомнительную фізіологическую основу, какъ и гальванизация его; хотя по опытамъ Fischer'a <sup>120</sup> реакція sympathici на индуктивный токъ бѣлая. Но покуда электрическіе успѣхи имѣетъ за собой только гальванизация sympathici,—хотя D<sup>r</sup> Катышевъ <sup>242</sup> имѣлъ хорошій результатъ отъ фарадизаціи верхняго треугольника шеи, называемой имъ фарадизаціей sympathici, при morbus Basedowi.

Имѣетъ ли фарадическій токъ, при признанной незначительности его дѣйствія вглубь, кромѣ вышесказаннаго рефлекторнаго дѣйствія, непосредственное вліяніе на спинной и головной мозгъ, при приложеніи его на спину и голову—это еще подлежитъ разрѣшенію, не смотря на вышеупоминаемые успѣхи при мигрени и т. д. Экспериментальныя изслѣдованія Löwenfeld'a <sup>165</sup> о расширеніи головныхъ сосудовъ при фарадизаціи, не разрѣшаютъ этого вопроса, такъ какъ отсутствіе дѣйствія индуктивнаго тока на нервы внѣшнихъ чувствъ говоритъ за то, что и мозгъ также относится къ нему (Erb <sup>17</sup>). Во всякомъ случаѣ преждевременно говорить Engelskjøn <sup>243</sup>, о фарадизаціи oblongatae и partis cervicalis medulae spinalis,—какъ о самою собою понятномъ фактѣ.

Слѣдуетъ еще упомянуть о мѣстной фарадизаціи внутреннихъ органовъ. При ней обыкновенно

имѣютъ цѣлью—вызвать, посредствомъ тетаническихъ сокращеній гладкихъ мускульныхъ волоконъ, уменьшеніе внутреннихъ органовъ, или усиленную перистальтику ихъ, для эвакуаціи содержимаго ихъ. О непосредственномъ чистомъ дѣйствіи тока, при неизбѣжномъ сокращеніи брюшныхъ мускуловъ, не можетъ быть и рѣчи, при чемъ послѣднія, по словамъ Solfanelli<sup>244</sup>, Awarenga<sup>245</sup>, Glax<sup>246</sup>, Poroff<sup>247</sup>, Sigrist<sup>248</sup>), посредствомъ фарадизаціи живота, вызываютъ, путемъ повышенія діуреза, уменьшеніе ascites. Кожная фарадизація верхней области живота производила несомнѣнное уменьшеніе живота (Fürstner<sup>249</sup>), при истерическихъ желудочныхъ экстазіяхъ, — Neftel<sup>250</sup>, Ока и Harada<sup>251</sup>, при расширеніи желудка получали тоже вслѣдствіе хроническаго катарра его, Steiniz<sup>252</sup>, при увеличиваніи желудка, вслѣдствіе ulcus ventriculi. Kusinaul<sup>253</sup>, по примѣру Duchenna<sup>5</sup>, при увеличеніи желудка вводилъ одинъ электродъ чрезъ желудочный зондъ, въ наполненный водой желудокъ, второй же электродъ прикладывалъ снаружи. Отъ примѣненія этого внутренняго метода, онъ наблюдалъ обязательный успѣхъ. По словамъ Gerhardt'a<sup>254</sup> и Wilhelm'a<sup>255</sup>, посредствомъ сильной фарадизаціи соотвѣтственной области живота, возможно вызвать сокращеніе желчнаго пузыря при icterus catarrhalis; тогда какъ Rossbach<sup>43</sup> отъ этого не видѣлъ даже и намека на сокращеніе, какъ на животныхъ, такъ и на казненныхъ.

Значительное ускореніе быстроты движеній тонкихъ кишекъ посредствомъ индуктивнаго тока было экспериментально доказано въ послѣднее время Fubini<sup>256</sup>. Послѣ того какъ Ziemssen<sup>8</sup>, при приложеніи фарадическаго тока на грыжи, вызывалъ видимыя перистальтическія движенія кишекъ, это примѣненіе стали съ полнымъ успѣхомъ употреблять для репозиціи ущемленныхъ петель (Braustein<sup>257</sup>, Rosenhardt<sup>258</sup>, Supruvenko<sup>259</sup>). Фарадизація живота двумя широкими электродами, прилагаемыми къ нему и водимыми по нему, для устраненія хронической атоніи кишокъ, по моимъ изслѣдованіямъ, совершенно заслужила многихъ послѣдователей; особенно, если обстипація служитъ частичнымъ явленіемъ нейрастеніи (Benedikt<sup>260</sup>, Curci<sup>261</sup>, Stein<sup>262</sup>, Erb<sup>17</sup>). При острыхъ упорныхъ запорахъ

съ сильнымъ метеоризмомъ и угрожающими явленіями со стороны ileus, обыкновенно можно вызвать многократныя дефекаціи посредствомъ введенія одного полюса въ прямую кишку (Gommi<sup>263</sup>, Manzini<sup>264</sup>, Shonpet<sup>265</sup>, Boucquoi<sup>266</sup>, Czernizki<sup>267</sup>, Ballonhey<sup>268</sup>, Bolley<sup>269</sup>); тогда какъ Schnetter<sup>270</sup> находитъ электричество недѣйствительнымъ при запорахъ кишекъ. Это же примѣненіе, по словамъ Rothe<sup>271</sup>, прекращаетъ приступъ свинцовыхъ коликъ.

При интермитентной селезенкѣ Chwostek<sup>272</sup> и Mader<sup>273</sup> вызвали, по ихъ мнѣнію, рефлекторно, видимое уменьшеніе припухшей селезенки посредствомъ фарадической кисти (также двумя кисточками) въ области селезенки. Проф. Боткинъ<sup>274</sup>, Skorzewsky<sup>275</sup>, Tschulowsky<sup>276</sup>, Porof<sup>277</sup>, Schröder<sup>277</sup>, Григорьевъ и Музыкантовъ<sup>278</sup>, наблюдали въ тѣхъ же случаяхъ, но посредствомъ фарадизаціи области селезенки сложными электродами, не только постоянное, во всѣхъ случаяхъ видимое, уменьшеніе припухшей селезенки,—но тремъ послѣднимъ авторамъ удавалось достигнуть и прекращенія лихорадки. Между тѣмъ Elias<sup>279</sup>, Mosler<sup>280</sup> и v. Ziemssen<sup>8</sup>, въ случаяхъ лейкемической опухоли селезенки не могли оправдать рекомендованаго проф. Боткинымъ, успѣшнаго дѣйствія фарадизаціи области селезенки.

Опыты Gerhardt'a<sup>254</sup> объ усиленіи отдѣленія урины посредствомъ фарадизаціи области почекъ на здоровыхъ и страдающихъ водянкой дали отрицательные результаты, и раздражимость уретры и vas deferens на живомъ по меньшей мѣрѣ сомнительна.

Фарадизація мочевого пузыря при наружномъ приложеніи надъ mons Veneris или, еще лучше, при внутреннемъ примѣненіи одного полюса въ видѣ возбuditеля пузыря (Duchenne<sup>5</sup>, Pierson<sup>280</sup>) и при приложеніи другого полюса на hypogastrium дали несомнѣнные симптоматическіе успѣхи, при параличѣ пузыря, а также при enuresis nocturna (Seeligmüller<sup>130</sup>, Rossbach<sup>43</sup>, Erb<sup>17</sup>). Для пользованія послѣдняго страданія нѣкоторые авторы совѣтуютъ введеніе ректальнаго реофора въ прямую кишку,—а другой полюсъ прилагается на sympathicus.

При сперматорреѣ Möbius<sup>282</sup> также вводитъ зондообразный Ка индуктивнаго тока на 5—6 ст. въ rectum, тогда какъ An прикладывается на perineum, или поясницу.

Фарадизація uterus примѣняется во первыхъ какъ родовспомогательное средство, вызывающее потуги (Jacoby<sup>283</sup>, Rodford<sup>284</sup>, Dempsey<sup>285</sup>, Benj Frank<sup>286</sup> и др.),—для производства инволюціи въ puerperium (Apostoli<sup>287</sup>), а также для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (Dempsey<sup>285</sup>, Bierryman<sup>288</sup> и др. Фарадизація uterus обыкновенно производится такъ: одинъ полюсъ прикладывается на рыльце матки, второй же на крестецъ, или на hypogastrium, или въ rectum. Благопріятные успѣхи фарадизаціи uterus наблюдались также при metrorrhagia послѣ аборта и при placenta praevia (Meckenzi<sup>289</sup>, Rothe<sup>290</sup>).

Въ гинекологіи фарадизація uterus примѣняется съ цѣлью устраненія аменореи (Duchenne<sup>5</sup>, Althaus<sup>84</sup>, Griffith<sup>291</sup>) и дизменореи (Blackwood<sup>292</sup>), а также при антефлексіи и ретрофлексіи uteri,—въ первомъ какъ recto-uterin'ная, а въ послѣднемъ случаѣ какъ vesico-uterin'ная фарадизація (Tripier<sup>293</sup>).

При висцеральныхъ нейростазахъ, напр. при нервной диспепсіи, фарадизація области желудка и нижней части живота производилась обыкновенно съ гальванизаціей (Leube<sup>192</sup>, Bayerlacher<sup>193</sup> и др.). На дѣятельность сердца кожная фарадизація не имѣетъ видимаго вліянія (Ziemssen<sup>197</sup>, Herbst<sup>198</sup>, Dixon Mann<sup>199</sup>). Замѣтимъ, что гальваническій глотательный рефлексъ, терапевтически примѣненный для леченія глотательнаго паралича, напр. при бульбарномъ параличѣ, фарадизаціей не вызывается (Erb<sup>294</sup>).

До сихъ поръ мы говорили о мѣстномъ дѣйствіи на мускулы, моторные и чувствительные нервы, центральные органы и внутренности; но посредствомъ методической фарадизаціи всѣхъ частей можно вызвать общее дѣйствіе фарадизаціи. Исходя изъ этой точки зрѣнія, Beard и Rockwell<sup>202</sup> предложили какъ общую фарадизацію для леченія общихъ заболѣваній слѣдующій способъ: одинъ полюсъ (положительный) въ видѣ влажнаго электрода, методически проводится по всѣмъ частямъ тѣла,—регулируя силу тока соот-



вѣтственно чувствительности органа,—на головѣ, лицѣ и области *sympathici* приложеніе электрода замѣняется смоченною электрической рукой,—подошва же ногъ пациента прикасается къ служащей отрицательнымъ полюсомъ, большой мѣдной пластинкѣ, обтянутой фланелью, согрѣтой и смоченной,—или же ноги опускаются въ ножную ванну, содержащую отрицательный полюсъ. Весь сеансъ долженъ длиться отъ 15 до 40',—при 15' сеансъ слѣдуетъ одну минуту потратить на голову,—4' на шею, *sympathicus* и затылокъ, 3' на животъ, и 4' на конечности. Сила тока должна быть средняя и вызывать умѣренныя сокращенія мускуловъ. Первое, непосредственное дѣйствіе этого приѣма обыкновенно освѣжающее и возбуждающее,—бывшія передъ этимъ боли и недомоганіе—проходятъ. Второе реактивное дѣйствіе проявляется въ боляхъ въ мускулахъ, повышенной нервности, головныхъ боляхъ и безпокойствѣ на первый или слѣдующій день. Продолжительнымъ вліяніемъ этого приѣма будетъ: улучшеніе сна, аппетита, пищеваренія и появленіе стула, увеличеніе вѣса тѣла, уменьшеніе чувствительности и дурного настроенія,—подъемъ тѣлесныхъ и душевныхъ силъ. Такимъ образомъ въ область этого метода входятъ: неврозы, слабость (также половыхъ частей) безъ органическихъ измѣненій въ нервной системѣ, затѣмъ особенно *neurasthenia cerebralis et spinalis*, ипохондрія, истерія, меланхолія, также анемія и хлорозъ; иногда, даже неизлечимыя хроническія болѣзни, съ упадкомъ питанія, безсонницей, раздражительной слабостью и т. п. служатъ указаніемъ для этой терапіи. Эти данныя были многократно и всесторонне подтверждены Benedikt'омъ<sup>10</sup>, Möbius'омъ<sup>295</sup>, Engelhorn'омъ<sup>296</sup>, Erb и F. Fischer'омъ<sup>197</sup>, Stein'омъ<sup>20</sup>, Holst'омъ<sup>298</sup>, Mainfisch'омъ<sup>299</sup>). Поэтому «общую фарадизацію» слѣдуетъ считать цѣннымъ обогащеніемъ терапіи. Хотя по моему опыту уже теперь грозитъ опасность, что эта, требующая много времени, процедура будетъ примѣняться какъ панацея ко всѣмъ возможнымъ функціональнымъ, а быть можетъ и не всегда къ функціональнымъ, формамъ заболѣванія, въ которыхъ, по болѣе точному діагнозу и точной индивидуализировкѣ cadaго отдѣль-

\*

наго случая, посредствомъ одного или нѣсколькихъ методовъ мѣстной аппликаціи можно съ меньшимъ трудомъ достигнуть столь же хорошихъ результатовъ, кромѣ того болѣе продолжительныхъ и легче достигаемыхъ. Что касается метода, то выборъ того или другого полюса оказывается безразличнымъ, чего и можно было ожидать при чередующихся ударахъ вторичнаго индуктивнаго тока (Stein<sup>20</sup>). Какъ удобное упрощеніе слѣдуетъ признать пользованіе электротерапевтической массажной катушкой и пластинкой для сидѣнья, вмѣсто ножной пластинки. Stein<sup>10</sup>, для пользованія конечностей, заставляетъ держать руками вилообразные электроды, или проводить токъ отъ сѣдалища къ подошвамъ. Но, неизвѣстно, удовлетворяетъ ли этотъ способъ первобытнымъ требованіямъ этого метода, такъ какъ при немъ концы оконечностей «сотрясаются» нежелательно сильною густотою тока, а умѣреннаго и по возможности ровнаго способа воздѣйствія на совокупность доступныхъ областей нервовъ и мускуловъ и на органъ не имѣется.

### III. Гальвано-фарадотерапія.

Строгое разграниченіе терапевтической области дѣйствія съ одной стороны гальванизации, съ другой стороны фарадизации не возможно, такъ какъ при однихъ и тѣхъ же страданіяхъ употребляются съ успѣхомъ оба рода тока, хотя часто съ различныхъ точекъ зрѣнія. Во всякомъ случаѣ гальваническій токъ слѣдуетъ предпочесть, особенно при продолжительномъ леченіи. Онъ не только менѣе болѣзненъ, но и способъ его примѣненія болѣе разностороненъ. Во первыхъ вслѣдствіе большей его методичности и количественнаго преобладанія, въ зависимости отъ способа примѣненія различныхъ возбуждающихъ и измѣняющихъ, а также каталическаго дѣйствій, — во вторыхъ, вслѣдствіе непосредственнаго его вліянія на чувствительные нервы и нервныя центральные органы. Само собой понятно, что не только въ совершенно различныхъ формахъ болѣзни заслуживаютъ предпочтенія тотъ или другой токъ, но и въ равныхъ по виду случаяхъ, напр. цефалалгій, можетъ быть болѣе удобной то галь-

ваническая, то фарадическая аппликация (R. Remak<sup>9)</sup>, что безъ испытанія не можетъ быть исполнено. Engel-skjön<sup>243</sup> въ цѣломъ рядѣ длинныхъ сочиненій развиваетъ основанный на предыдущемъ и подобныхъ наблюденіяхъ «электротерапевтическій главный законъ», который покуда еще не подтвержденъ и упомянуть о немъ слѣдуетъ только въ видѣ курьеза. Законъ этотъ, по его мнѣнію, состоитъ въ томъ, что большинству нервныхъ болѣзней суждено быть излеченными токомъ или одного, или другого рода, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ благопріятнымъ токомъ считается положительный, а неблагопріятнымъ отрицательный. Намъ совершенно неизвѣстно, какимъ физическимъ или физиологическимъ различіемъ обоихъ родовъ тока можетъ быть объяснено ихъ постоянно и повсюду противоположное дѣйствіе. Направленіе гальваническаго тока и сила фарадическаго, повидимому, не имѣютъ значенія, такъ какъ объ этомъ нигдѣ не упоминается. Слѣдующія строки будутъ представлять собою только отрывочныя данныя: индуктивный токъ дѣйствуетъ на кожу какъ теплая вода—сосудорасширяющимъ образомъ,—гальваническій токъ, какъ холодная вода, сужая сосуды; электризация oblongata посредствомъ индуктивнаго тока дѣйствуетъ, какъ amylnitrit,—электризация же его гальваническимъ токомъ, какъ компрессія carotis; положительный токъ увеличиваетъ, периметрически доказанное, поле зрѣнія,—отрицательный—суживаетъ его. Konrad и Wagner<sup>300</sup>, Leeghardt<sup>301</sup> доказали, что діагностическое изслѣдованіе поля зрѣнія лишено всякаго значенія, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить вѣрнымъ показателемъ при выборѣ тока.

Въ противоположность этому неудачному изслѣдованію, поставить гальванотерапію и фарадотерапію въ положительную принципиальную противоположность, предложенъ совѣтъ: примѣнять одновременно оба тока въ томъ же направленіи и тѣми же электродами. Beard и Rockwell<sup>302</sup> употребляли это сочетаніе при общей электризации, но безъ особенной пользы; въ послѣднее время de Wattewill<sup>302</sup>, на вышеприведенномъ основаніи, совѣтуютъ, какъ особенно дѣйствительный методъ электризации гальвано-фарадиза-

цію во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показуется чередующееся употребленіе обоихъ родовъ тока, или одного индуктивнаго тока, хотя бы ужъ только потому что утомляющему дѣйствию послѣдняго, противодѣйствуетъ освѣжающее вліяніе гальваническаго тока. Гальвано-фарадизація пригодна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно сильное сокращеніе широкихъ и глубоколежащихъ мускульныхъ массъ; а также при электризации брюшныхъ органовъ, или же для усиленія въ нѣкоторыхъ случаяхъ силы имѣющагося аппарата. Erb<sup>17</sup> пользуется этимъ способомъ для желудка и кишекъ; Stein<sup>20</sup> наблюдалъ при нейрастеніи лучшіе результаты дѣятельности мускуловъ путемъ пользованія общей гальвано-фарадизаціей.

Для одновременнаго проведенія обоихъ токовъ, безъ взаимнаго ихъ ослабленія, de Wettevill<sup>302</sup> предложилъ особенный аппаратъ, а Stein<sup>309</sup> двойные электроды. Удачное соединеніе этихъ токовъ, представляетъ собою аппаратъ Remak-Hirschmann'a. По моимъ достаточно обильнымъ опытамъ, гальвано-фарадизація заслуживаетъ примѣненія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ умѣстна мѣстная фарадизація моторныхъ нервовъ и мускуловъ; особенно же тамъ, гдѣ требуется весьма энергичное механическое дѣйствіе, напр. при ригидности отъ недѣятельности, парезовъ и атрофій послѣ тугихъ затягиваній, фрактуръ и т. д., а также при торпидныхъ пораженіяхъ сочлененій. Взаимное соотношеніе силы обоихъ родовъ тока можетъ, смотря по требованію, быть употребляемо весьма различно. Сила гальваническаго тока, какъ всегда, опредѣляется гальванометрически. Примѣненіе постепенно усиливающихся индуктивныхъ токовъ, при стабильномъ и постоянномъ гальваническомъ токѣ, легко исполнимо посредствомъ надвиганія вторичной спирали. По Wettevill'ю<sup>19</sup> слѣдуетъ брать такую силу тока каждаго рода, какъ если бы каждый изъ нихъ примѣнялся отдѣльно.

#### IV. Франклинотерапія.

Терапевтическое примѣненіе статическаго электричества или электричества отъ тренія электрической машины или Лейденской банки (наз-

ваннаго франклинизаціей Американскими учеными) имѣло, повидимому, съ половины прошлаго столѣтія единичныхъ увлеченныхъ поборниковъ, не смотря на недостаточность его фізіологическаго основанія и почти неизмѣнный способъ примѣненія. Въ настоящее время въ Германіи защитникомъ франклинизаціи является Clemens<sup>304</sup>, а изъ французовъ Arthuis<sup>305</sup>. Совѣты послѣдняго относительно примѣненія этого способа для пользованія разнообразнѣйшихъ болѣзней (нейралгій, мигрень, гастралгій, chorea, epilepsy, paralysis, paraplegia, глухота, опухоль желѣзъ, прогрессивная мускульная атрофія, аменоррея, дисменоррея, легочная чахотка, хлорозъ, tabes dorsalis) имѣютъ чисто эмпирическую основу и подтверждаются имъ перечисленіемъ въ высшей степени баснословныхъ исторій болѣзни съ чудодѣйственнымъ исцѣленіемъ.

Не смотря на открытую Holtz'омъ машину (1864), а также на экспериментальныя фізіологическія изслѣдованія Schwanda<sup>306</sup>, (1868) статическое электричество не дало особыхъ успѣховъ. Число приверженцевъ франклинизаціи увеличилось, а также и терапевтическое примѣненіе ея разрослось съ тѣхъ поръ, какъ R. Vigouroux<sup>307</sup> въ Salpêtrier'ѣ, подъ эгидою Charcot, открылъ въ 1878 г. эстетіогическіе цѣлебныя успѣхи статическаго электричества, какъ эквивалентъ металотерапіи и магнитотерапіи, при hemianaesthesia hysterica и истерическихъ контрактурахъ. Еще неизвѣстно, не будетъ ли это только временная вспышка; во всякомъ же случаѣ преждевременно приравнивать другъ къ другу общую фарадизацію и франклинизацію, какъ это дѣлаетъ Stein<sup>20</sup> и называть ихъ третьей и четвертой эпохой въ ходѣ развитія электротерапіи по введеніи фарадизаціи и гальванизаціи.

Такъ какъ при удачной франклинизаціи требуется скорый равномерный ходъ машины, то для этого нуженъ цѣнный аппаратъ и занимающій большое пространство, описанный Stein'омъ<sup>20</sup> и Stintzing'омъ<sup>208</sup>; состоитъ онъ изъ слѣдующихъ частей: 1) самая машина состоитъ изъ стеклянныхъ круговъ, которые можно приводить въ движеніе съ различной скоростью, и находится въ стеклянномъ ящикѣ; 2) неболь-

шая электрическая машина съ Лейденской банкой для первичнаго заряженія (у Stein'a <sup>20</sup>),—впрочемъ она оказалась не нужной, такъ какъ въ настоящее время существуютъ самозаряжающіяся машины Voss'a; 3) какой-нибудь моторъ (паровой, газовый, водяной, электрической или магнитической) для приведенія машины въ дѣйствіе съ помощью передаточныхъ ремней; 4) изолированныя скамейки, которыя въ Парижѣ при электризаціи одновременно многихъ лицъ, имѣютъ размѣры цѣлой эстрады. Электростатическая воздушная ванна или ванна состоитъ въ томъ, что пациента заряжаютъ положительнымъ или отрицательнымъ электричествомъ отъ  $\frac{1}{4}$  часа до часу, при чемъ онъ сидитъ на изолированной скамейкѣ и ногами упирается въ мѣдную подстилку. Затѣмъ имѣется цѣлый наборъ приспособленій для различныхъ формъ примѣненій съ наружи, которыя состоятъ изъ электродовъ, снабженныхъ стеклянными ручками и соединенныхъ съ машиной проводящими цѣпями. Самая нѣжная форма этого примѣненія будетъ электрической вѣтерокъ или дуновеніе, производимый пластинкой, приближаемой на 15—20 ст. и снабженной остріями; затѣмъ метелочка (Aigrette, Spray), состоящая въ приближеніи 6—8 ст. остраго кондуктора, — искра получается при еще большемъ приближеніи шарообразнаго эксцитатора. Франклинизация имѣетъ, при достаточныхъ приспособленіяхъ, то преимущество, что ею можно одновременно пользоваться нѣсколько больныхъ, такъ какъ ванна и всѣ другія процедуры производятся при одѣтомъ тѣлѣ.

При обратномъ примѣненіи (особенно въ дѣтской практикѣ), заряженный положительнымъ или отрицательнымъ электричествомъ врачъ приближаетъ къ больному находящіеся у него въ рукахъ неизолірованные эксцитаторы.

О физиологическомъ дѣйствиіи электростатической воздушной ванны вообще и о какомъ либо различіи дѣйствія положительной или отрицательной ванны—еще почти ничего не извѣстно. Giacomini, по цитатѣ Duchenn'a <sup>5</sup>, не наблюдалъ никакого дѣйствія отъ положительнаго заряженія, — отрицательному же заряду онъ приписывалъ гипостенизирующее влія-

ніе. Самъ же Duchenne считаетъ оба способа равно не дѣйствующими. Stein <sup>308</sup>, по примѣру Meisner'a <sup>39</sup>, наблюдалъ посредствомъ свѣтовой мельницы Crookes'a положительность электрическаго напряженія въ живомъ человѣкѣ и приписывалъ недомоганіе нервныхъ людей и усиленіе нейралгическихъ и ревматическихъ болей при бурѣ и градѣ развивающемуся въ это время исключительно отрицательному напряженію въ воздухѣ. Поэтому онъ придаетъ цѣну положительному напряженію электричества для достиженія молекулярныхъ измѣненій въ нервной системѣ, обусловливающихъ эвфорию, тѣмъ болѣе что случайныя колебанія въ напряженіи вызываютъ явленія тоски и удушья. Въ Salpetrier'ѣ R. Vigouroux, по моему личному наблюденію, употребляетъ отрицательную ванну. Равность дѣйствія положительной и отрицательной ванны подтверждаетъ также P. Vigouroux <sup>310</sup> и Бенедиктовъ <sup>311</sup>. Какъ на болѣе или менѣе частое послѣдствіе отъ дѣйствія электрическихъ ваннъ можно указать на улучшеніе сна. Является ли послѣ электростатической воздушной ванны, безъ мѣстнаго кожного раздраженія въ моментъ прикладыванія замедленіе частоты пульса, измѣненіе кривой пульса, появленіе секреціи пота, уменьшеніе электрическаго кожного сопротивленія, обострѣнія чувства мѣста (проф. Дроздовъ <sup>312</sup>, Бенедиктовъ <sup>311</sup>, Степановъ <sup>313</sup>)—этого не видно изъ рефератовъ названныхъ русскихъ работъ.

Не много болѣе извѣстно о физиологическомъ мѣстномъ дѣйствіи напряженія тока, пробѣгающаго при приближеніи электрода чрезъ воздушное пространство, особенно на кожу, которая на 15—30' блѣднѣетъ, должно быть вслѣдствіе сокращенія ея собственныхъ мускульныхъ волоконъ и гладкихъ мускульныхъ волоконъ кожныхъ сосудовъ. Къ этому присоединяется поднятіе волосяныхъ мѣшковъ. При проведеніи электрода мимо части тѣла появляется на кожѣ линія гусиной кожи,—по истеченіи же указанного времени, по краямъ этой линіи наступаетъ сильная краснота (параличъ сосудовъ Schwand'a <sup>306</sup> и проф. Дроздовъ <sup>312</sup>), что уже описывалъ Duchenne <sup>5</sup>, какъ слѣдствіе разряженія Лейденской банки. При продол-

жительномъ воздѣйствіи, свѣтящійся пучокъ вызываетъ волдыри отъ ожоги, хотя въ легкой степени (Schwand'a<sup>306</sup>). Кожное раздраженіе при вѣтеркѣ напоминаетъ собою нѣжное дуновение, — въ другихъ случаяхъ вызываетъ непріятное и болѣзненное кожное ощущеніе, которое при анестезіяхъ имѣетъ, повидимому, дѣйствіе, превышающее фарадическое бичеваніе (Schwand'a<sup>306</sup> и др.). По Schwand'a<sup>306</sup> болѣе слабые токи статическаго электричества вызываютъ клоническія и тетаническія сокращенія. При положительной ваннѣ эти токи даютъ на языкѣ ощущеніе кислоты, — при воздушномъ разстояніи въ 4 — 5 ст. въ глазахъ вызываются молніи, на слухъ же и обоняніе они дѣйствія не оказываютъ (Schwand'a<sup>306</sup>). Мы ничего не знаемъ о дѣйствіи статическаго электричества на спинной мозгъ и вообще какое бы то ни было воздѣйствіе на него невѣроятно, такъ какъ это электричество распространяется по поверхности организма.

Для обсужденія терапевтическаго примѣненія слѣдовало бы строже, нежели это дѣлалось до сихъ поръ, разграничить мѣстное дѣйствіе тока отъ дѣйствія общей электрической воздушной ванны. Первое имѣло доказанный успѣхъ не только при анестезіяхъ, но и особенно при истеріи (Erlenmeyer<sup>314</sup>, Charcot и Ballet<sup>315</sup>), также при нейралгіяхъ Schwand'a<sup>306</sup>, Ballet<sup>315</sup>, проф. Дроздовъ<sup>312</sup>, Beard<sup>316</sup>, Rockwell<sup>317</sup>, Blackwood<sup>318</sup>, Morton<sup>319</sup>, Dana<sup>320</sup>, Stein<sup>20</sup>) при свинцовомъ параличѣ (Golding Birt<sup>321</sup>, Fieber<sup>322</sup>) и ревматическихъ параличахъ (Golding Birt<sup>321</sup>, Fieber<sup>322</sup>, Charcot<sup>315</sup>, Morton<sup>319</sup>).. При мускульныхъ атрофіяхъ послѣ пораженія суставовъ, при которыхъ только статическое электричество, говорятъ, даетъ мускульную реакцію, R. Vigouroux<sup>323</sup> совѣтуетъ примѣненіе пучкообразнаго тока, не вызывающаго сокращенія. При электростатическомъ пользованіи параличей, даже и гемиплегій (Placée<sup>324</sup>), дѣло сводится какъ бы на мѣстное дѣйствіе, которое, по историческимъ даннымъ Ladam'a<sup>325</sup>, впервые было примѣнено въ Женевѣ Jallabert'омъ въ 1746 г.; но вслѣдствіе неизбежнаго при этомъ сотрясенія всего тѣла Duchenne<sup>5</sup> призналъ эту франклинизацию безконечно ниже мѣстной фарадизации. Успѣхи отъ франклинизации



наблюдались особенно при истерической гемианестезии, посредством простой воздушной ванны (R. Vigouroux<sup>307</sup> и Ball<sup>326</sup>), или съ присоединеніемъ электрическаго вѣтерка, при спинальной иритации (Ballet<sup>315</sup>),—Paralysis agitans (Ballet<sup>315</sup>), Chorea (Stein<sup>20</sup>, Бенедиктовъ<sup>311</sup>), нейрастенія, (Бенедиктовъ<sup>311</sup>); но при послѣднемъ страданіи Stein<sup>20</sup> успѣха не наблюдалъ.

Надо согласиться со Stintzing'омъ<sup>208</sup> и Benhardt'омъ<sup>214</sup>, что, несмотря на безразличное примѣненіе франклинизации, при пользованіи не только нейрозовъ, но и даже анатомическихъ нервныхъ заболѣваній (Tabes, атрофическій спинальный параличъ), въ Salpetrier'ѣ и другихъ мѣстахъ раньше получатся несомнѣнно терапевтическіе успѣхи, недостижимые другими методами электризации, лучше установленными, болѣе доступными и регулируемыми, и это получится раньше, нежели франклинотерапія сдѣлается общимъ достояніемъ, такъ какъ для своего примѣненія она требуетъ особенныхъ институтовъ.

Относительно общаго терапевтическаго плана леченія слѣдуетъ замѣтить, что сеансы только въ исключительныхъ случаяхъ, напр. при тяжкихъ нейралгіяхъ, могутъ быть повторяемы въ одинъ и тотъ же день; въ большинствѣ же случаевъ ихъ слѣдуетъ производить разъ въ день ежедневно, а въ очень хроническихъ болѣзняхъ даже черезъ день. Slѣдуетъ считать за правило, что электротерапевтическіе успѣхи могутъ быть констатируемы немедленно, такъ что отъ сеанса къ сеансу замѣчается хотя небольшой шагъ впередъ. Однако С. W. Müller<sup>327</sup> держится другого—въ единичныхъ случаяхъ совершенно правильнаго, электротерапевтическаго лозунга «breve, leve, saepe in loco morbi»; онъ думаетъ, что ему удавалось благоприятно вліять на болѣзненные процессы, продолжающагося годами страданія, посредствомъ такого многолѣтняго леченія (до 6 лѣтъ!) и многими сотнями короткихъ сеансовъ (45"!)). Но если менѣе вѣруешь въ правоту примѣненія метода и въ долготерпѣніе пациента, то нельзя не посовѣтовать,

при безуспѣшности одного метода, обращаться къ другому,—тѣмъ болѣе что больной обыкновенно стремится выздороветь не когда-нибудь, а по возможности скорѣе. Нерѣдко, при безуспѣшномъ примѣненіи всѣхъ методовъ, приходится отказаться отъ электрическаго пользованія и обратиться къ другимъ методамъ леченія. Вообще слѣдуетъ избѣгать примѣнять сильные токи и частое ихъ употребленіе, такъ какъ въ началѣ всякое леченіе у чувствительныхъ особъ нерѣдко вызываетъ не желательныя явленія (обмороки и т. д.), вслѣдствіе одного психическаго вліянія, что его подвергнуть чему-то особенному. Конечно, существуютъ исключенія, при которыхъ именно внезапное и сильное раздраженіе дѣйствуетъ чудотворно, напр. при истерическихъ страданіяхъ (истерическая афонія, истерическій параличъ,—также у дѣтей—Riegel<sup>329</sup>).

Относительно продолжительности электрическаго пользованія нельзя дать опредѣленныхъ указаній. При болѣзняхъ спинного мозга и тяжкихъ нейралгіяхъ мнѣ самому случалось примѣнять гальваническое леченіе, безъ большихъ перерывовъ. Обыкновенно же совѣтуютъ дѣлать перерывъ послѣ 6—8 недѣль; особенно это полезно, если хорошіе успѣхи начинаютъ слабѣть, и послѣ этого отдыха, или другого леченія, снова начато электрическое пользованіе.

Хотя стараются, особенно при хроническихъ нервныхъ болѣзняхъ, имѣть по возможности чистыя терапевтическія наблюденія, тѣмъ не менѣе электротерапевтическое леченіе не только не исключаетъ другихъ внутреннихъ или внѣшнихъ медикацій, но даже они безусловно могутъ быть показуемы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда электротерапія примѣняется только симптоматически, а *indicatio causalis* должно быть удовлетворено инымъ способомъ. Слѣдовательно, необходимо повторить сказанное во введеніи положеніе, что діагнозъ слѣдуетъ по возможности ставить точно и всесторонне, а электротерапевтъ долженъ быть образованъ многосторонне и дѣйствовать рѣшительно. Не бесполезно осудить злоупотребленіе, производимое скорѣе по врачебному незнанію, нежели по безсовѣстности, а именно, что электротерапевти-

ческіе приемы, какъ безразличныя, довѣряютъ надзирателямъ, тогда какъ электротерапія пользуется самые чувствительныя органы тѣла. Наименьшій вредъ отъ такого отношенія для пациента это то, что благотворное въ рукахъ компетентнаго лица средство для него теряетъ всякій кредитъ. Если же при продолжительномъ леченіи, по какимъ-либо причинамъ, является необходимымъ довѣрить примѣненіе электричества, послѣ точнаго изслѣдованія его дѣйствія, публикѣ, то это всегда производится въ ущербъ точной дозировкѣ и т. д. Противъ этого въ гальванотерапіи не можетъ помочь и новѣйшее предложеніе Stein'a<sup>329</sup>, состоящее въ томъ, что, при примѣненіи его постоянныхъ „сухихъ батарей“, больному предписываютъ у „электрическаго аптекаря“ количество элементовъ, и испытаніе, необходимое для данной цѣли леченія. Помочь это не можетъ, такъ какъ не принято въ соображеніе большое различіе сопротивленія проводимости однихъ и тѣхъ же мѣстъ кожи въ разное время и особенно въ теченіе одного и того же сеанса.

Литература: <sup>1)</sup> A. v. Humboldt, *Versuche über die gereizte Muskel- und Nervenfasern*. 1797. — <sup>2)</sup> Loder's *Journal für Chirurgie*. Jena 1801. — <sup>3)</sup> Grapengiesser, *Versuche, den Galvanismus zur Heilung einiger Krankheiten anzuwenden*. Berlin 1801. — <sup>4)</sup> Jacobi, *Erfahrungen über die Heilkräfte des Galvanismus*. Hamburg 1802. — <sup>5)</sup> Duchenne de Boulogne, *Compt. rend.* 1847. *Arch. gén. de méd.* 1850 u. 1851. *De l'Electrisation localisée etc.* Paris 1855; 4. édit. 1872. — <sup>6)</sup> M. Meyer, *Die Elektrizität in ihrer Anwendung auf praktische Medizin*. 1854; 4. Aufl. 1883. — <sup>7)</sup> Erdmann, *Die örtliche Anwendung der Elektrizität in der Physiologie, Pathologie und Therapie*. 1856; 4. Aufl. 1877. — <sup>8)</sup> v. Ziemssen, *Die Elektrizität in der Medizin*. 1857; 4. Aufl., 1. Hälfte 1872; 2. Hälfte 1885. — <sup>9)</sup> R. Remak, *Deutsche Klinik*. 1856; 1857; 1858. *Galvanotherapie der Nerven- und Muskelkrankheiten*. 1858. — <sup>10)</sup> M. Benedikt, *Elektrotherapie*. 1868. *Nervenkrankheiten und Elektrotherapie*. 2. Aufl. 1874/76. — <sup>11)</sup> Brenner, *Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie*. 2 Bd., 1868 u. 1869. — <sup>12)</sup> Erb, *Deutsche Archiv für klin. Med.* III, 1867. — <sup>13)</sup> A. Eulenburg, *Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten*. 1871; 2. Aufl. 1878. — <sup>14)</sup> C. W. Müller, *Zur Einleitung in die Elektrotherapie*. 1885. — <sup>15)</sup> Seeligmüller, *Naturf.-Versamml. in Freiburg*. 1883 und *Inaug.-Dissert. von Böttger, Beitr. zur Behandl. des chron. Gelenkrheumatismus mit Elektrizität*. Halle 1884. — <sup>16)</sup> Erb, *Neurologisches Centralbl.* 1886, Nr. 1. — <sup>17)</sup> Erb, *Handbuch der Elektrotherapie*. 1872, als v. Ziemssen's *Handb. der allgem. Therapie*. III. — <sup>18)</sup> Seeligmüller, *Centralbl. für Nervenheilk.* 1881, pag. 266. — <sup>19)</sup> de

Watteville, *A practical introduction to medical electricity*. 1878; second edit. 1884. — <sup>20</sup>) Stein, Die allgemeine Elektrisation etc. 1882; 2. Aufl. 1883. — <sup>21</sup>) Erb, Die Anwendung der Elektrizität in der inneren Medicin. Volkmann's Samml., Nr. 46. 1872. — <sup>22</sup>) Heidenhain, Physiologische Studien. Berlin 1853, pag. 55–127. — <sup>23</sup>) E. Remak, Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1878, Nr. 27. — <sup>24</sup>) R. Remak, *Application du courant constant galvanique au traitement des névroses*. Paris 1865. — <sup>25</sup>) Berger, Berliner klin. Wochenschr. 1871, Nr. 2. — <sup>26</sup>) Weir Mitchell, Medical News. 1882, Nr. 10. — <sup>27</sup>) Bettelheim, Wiener med. Presse. 1863, Nr. 23. — <sup>28</sup>) Hagen, Praktische Beiträge zur Ohrenheilk. VI. Casuistische Belege für die Brenner'sche Methode der galvanischen Acusticusreizung. Leipzig 1869. — <sup>29</sup>) Moos, Archiv für Augen- und Ohrenheilk., I, 2. Abth., 1870. — <sup>30</sup>) Hedinger, Württemberger med. Correspondenzbl. XI, Nr. 12, 1870. — <sup>31</sup>) Erb, Arch für Augen- u. Ohrenheilk. II, pag. 1–51, 1871. — <sup>32</sup>) Neftel, Galvanotherapeutics. New-York 1871. — <sup>33</sup>) R. Remak, Berliner klin. Wochenschr. 1864, Nr. 21 u. ff. — <sup>34</sup>) Moebius, Schmidt's Jahrb. CCI, 3, pag. 294. — <sup>35</sup>) Gerhardt, Deutsches Archiv für klin. Med. XXVI. — <sup>36</sup>) R. Remak, Allgem. med. Centralzeitung. 1863. Nr. 1. — <sup>37</sup>) M. Meyer, Deutsche med. Wochenschr. 1876, Nr. 18. — <sup>38</sup>) E. Remak, Berliner klin. Wochenschr. 1881, Nr. 21. — <sup>39</sup>) Rosenbach, Arch für Psych. VI, pag. 830, 1876. — <sup>40</sup>) Mendel, Berliner klin. Wochenschr. 1868, Nr. 38. — <sup>41</sup>) Filehne, Deutsches Archiv für klin. Med., VII, 1870. — <sup>42</sup>) Hitzig, Arch für Psych. IV, 1874. — <sup>43</sup>) Rossbach, Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden. Berlin 1882. — <sup>44</sup>) Neftel, Archiv für Psych. XVI, pag. 46, 1885. — <sup>45</sup>) v. Bruns, Galvanochirurgie. Tübingen 1870. — <sup>46</sup>) H. Munk, Archiv für Anat. u. Phys. von Reichert u. Du Bois-Reymond. 1873, pag. 251 u. 505. — <sup>47</sup>) Wilhelm, Pester med.-chirurg. Presse. 1874, Nr. 39. — <sup>48</sup>) Chvostek, Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1870, Nr. 11 u. 12. — <sup>49</sup>) Chéron et Moreau-Wolff, Journal des connaissances méd.-chir. 1869, Nr. 5. Gazette des hôpitaux. 1870. Nr. 2 u. 3. — <sup>50</sup>) Chvostek, Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1863, Nr. 51 u. 52. — <sup>51</sup>) M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1871, Nr. 8. — <sup>52</sup>) Carnus, *Des troubles du corps vitré et de leur traitement par les courants continus*. Thèse. Paris 1874. — <sup>53</sup>) Bouche-ron, *Essai d'Electrotherapie oculaire*. Paris 1876. — <sup>54</sup>) Giraud-Teulon, *Académie de médecine*. Arch. gén. 1881, Dec, pag. 748. — <sup>55</sup>) Little, Transact. of the American. Ophthalm. Society. XVIII. pag. 360, 1882. Vergl. Schmidt's Jahrb. CCI, 3, pag. 294. — <sup>56</sup>) Neftel, Virchow's Archiv. LXXIX, 1880. — <sup>57</sup>) Knapp, Centralbl. für Augenheilk. 1880, pag. 364. — <sup>58</sup>) Hirschberg, Virchow's Archiv. LXXX, pag. 503, 1880. — <sup>59</sup>) M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1880, Nr. 51. — <sup>60</sup>) Chéron, Gaz. des hôp. 1869. — <sup>61</sup>) Althaus, British med. Journ. 18. Sept. 1872. — <sup>62</sup>) M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1884, Nr. 5, pag. 65. — <sup>63</sup>) R. Remak, Med. Centralzeitung. Nr. 21. Oestr. Zeitsch. für prakt. Heilk. 1860, Nr. 45 u. 48. — <sup>64</sup>) Leuden, Volkmann'sche Samml. klin. Vorträge. Nr. 2, 1870. — <sup>65</sup>) Althaus, Deutsches Archiv für klin. Med. X, 1872. — <sup>66</sup>) Erb, Krankheiten der peripheren

cerebrospinalen Nerven. v. Ziemssen's Handb. der spec. Path. XII, 1, 1874. — <sup>67)</sup> Fr. Fischer, Berliner klin. Wochenschr. 1875, pag. 439. — <sup>68)</sup> Panas, Gaz. méd. 1877, Nr. 7. — <sup>69)</sup> R. Remak, Berliner klin. Wochenschr. 1865, Nr. 27. — <sup>70)</sup> Braun, Klin. und anat. Beiträge zur Kenntniss der *Spondylitis deformans*, als einer der häufigsten Ursachen mannigfacher Neurosen, namentlich der Spinalirritation. 1875. — <sup>71)</sup> Onimus et Legros, *Traité d'Electricité médicale*. 1872. — <sup>72)</sup> M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1875, Nr. 51 u. 52. — <sup>73)</sup> Seifert, Deutsches Archiv für klin. Med. XX, pag. 315—335, 1882. — <sup>74)</sup> Leber, v. Graefe's Archiv für Ophtbal. XXVI, 2. Abth., 1880, pag. 249 u. ff. — <sup>75)</sup> Driver, Archiv für Augen- und Ohrenheilk. II, 2. Abth., 1872. — <sup>76)</sup> Fraser, Glasgow med. Journ. Febr. 1772. — <sup>77)</sup> Dor, Archiv für Ophtalm. XIX, 3. Heft, pag. 316, 1873. — <sup>78)</sup> Aubert, Handb. der Phys. von Hermann. IV, pag. 418, 425, 1880. — <sup>79)</sup> Grützner, Pflüger's Archiv. XVII, 1878. — <sup>80)</sup> Przewoski, Ueber den Einfluss des inducirten und galvan. Stromes auf vasomotorische Nerven etc. Diss. Greifswald 1876. — <sup>81)</sup> Lewaschew, Pflüger's Archiv. XXVIII, pag. 389, 1872. — <sup>82)</sup> R. Remak, Med. Centralzeitung. 1863, pag. 155. Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1863, Nr. 10. Berliner klin. Wochenschr. 1865, Nr. 12. — <sup>83)</sup> Flies, Deutsche Klinik. 1868. — <sup>84)</sup> Althaus, *A treatise on medical electricity*. 3. édit. London 1874. — <sup>85)</sup> R. Remak, Berlin klin. Wochenschr. 1864, Nr. 26. — <sup>86)</sup> Erb, Archiv für Augen- u. Ohrenheilk. II, pag. 1—51. 1871. — <sup>87)</sup> Tiggles, Allgem. Zeitschr. für Psych. XXXIX, Heft. 6, 1883. — <sup>88)</sup> Leber, Archiv für Ophtalm. XVII, 1873. — <sup>89)</sup> Holst, Dorpater med. Zeitschr. II, 4. Heft, 1872. — <sup>90)</sup> R. Remak, Med. Centralzeitung. 1864, Nr. 28. — <sup>91)</sup> Althaus, Medical Times and Gazette. 1869, April 24, Mai 8. — <sup>92)</sup> Benedict, Wiener med. Presse 1870. — <sup>93)</sup> v. Dusch, Lehrbuch der Herzkrankheiten. 1767, pag. 362. — <sup>94)</sup> Eulenburg und Guttman, Die Pathologie des Sympathicus. 1873, pag. 60. — <sup>95)</sup> Chvostek, Wiener med. Presse. 1869, 1871, 1872. Zeitschr. für Ther. 15 April 1883. — <sup>96)</sup> M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1872, Nr. 39. — <sup>97)</sup> Baumblatt, Bayer. ärztl. Intelligenzbl. 1879, Nr. 17. — <sup>98)</sup> Rockwell, New-York med. Rec. 1880, Sept. 11 Journ. of nervous and mental disease. April 1885, pag. 183. — <sup>99)</sup> W. Gluzinski, Przegląd lekarski. 1885 Nr. 51 u. 52. referirt im Centralbl. für Nervenheilk. 1881, pag. 159. — <sup>100)</sup> R. Remak, Med. Centralzeitung. 1862, Nr. 10. Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1862, Nr. 1. — <sup>101)</sup> Nesemann, Berliner klin. Wochenschr. 1868, Nr. 37. — <sup>102)</sup> Friedreich, Ueber progressive Muskelatrophie u. s. w. 1873. — <sup>103)</sup> C. W. Müller, Archiv für Psych. XIV, pag. 265, 1883. — <sup>104)</sup> R. Remak, Med. Centralzeitung. 1864, Nr. 28. — <sup>105)</sup> M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1870, Nr. 22. — <sup>106)</sup> Fieber, Wiener med. Wochenschr. 1870. — <sup>107)</sup> E. Schwimmer, Die neuropathischen Dermatosen. 1883, pag. 184 u. f. — <sup>108)</sup> Beard, New-York med. Journ. 1877. — <sup>109)</sup> Burkart, Zur Pathologie der *Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa)*. Bonn 1882. — <sup>110)</sup> Gerhardt, Jenaische Zeitschr. für Med. u. Naturw. I, pag. 206, 1864. — <sup>111)</sup> Eulenburg u. Schmidt, Centralbl.

für die med. Wissensch. 1868, Nr. 21 u. 22. — <sup>112)</sup> M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1868, Nr. 23. — <sup>113)</sup> Westphal, Virchow's Archiv. XXVII, pag. 409, 1861. — <sup>114)</sup> Erb, Ueber spinale Myosis und reflectorische Pupillenstarre. Facultätsschrift. Leipzig 1880, pag. 13. — <sup>115)</sup> Moeli, Archiv für Psych. XIII, pag. 602 u. ff., 1882. — <sup>116)</sup> Beard, New-Yorsk med. Rec. 15. Dec. 1875. — <sup>117)</sup> Adamkiewicz, Die Secretion des Schweisses. 1878. — <sup>118)</sup> Luchsinger, Pflüger's Archiv. XXII, pag. 140, 1880. — <sup>119)</sup> Nawrocki, Medycina. Nr. 52, 1880, ref. im Centralbl. für Nervenheilk., 1881, pag. 151. — <sup>120)</sup> G. Fischer, Deutsches Archiv für klin. Med. XVII, pag. 1—73, 1875; XX, pag. 170—199, 1877. — <sup>121)</sup> R. Schulz, Wiener med. Wochenschr. 1877, Nr. 1. — <sup>122)</sup> de Walteville, Brain. 1881, Juil. — <sup>123)</sup> Löwenfeld, Aertzt. Intelligenzbl. 1881, Nr. 39. — <sup>124)</sup> Onimus, L'Union médicale. 1879, Nr. 88. — <sup>125)</sup> Buch, Archiv für Psych. XI, pag. 476, 1881. — <sup>126)</sup> Moebius, Betz' Memorabilien. 1881. 4. u. 5. Heft. — <sup>127)</sup> R. Remak, Berliner klin. Wochenschr. 1865, Nr. 12. — <sup>128)</sup> R. Remak, Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1860, Nr. 45. — <sup>129)</sup> R. Remak, Allgem. med. Centralzeitung. 1858, Nr. 29; Nr. 97; 1862, 1864, Nr. 83. Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1862, Nr. 49 u. 50. Deutsche Klinik. 1862, Nr. 49. Berliner klin. Wochenschr. 1864, Nr. 30 u. 41. — <sup>130)</sup> Seeligmüller, Correspondenzbl. der Aerzte im Reg.-Bez. Merseburg. 1867, Nr. 6 u. 7. — <sup>131)</sup> Bärwinkel, Archiv der Heilk. 1868. — <sup>132)</sup> Onimus, Gaz. des. hôp 1868, pag. 116—119. — <sup>133)</sup> v. Krafft-Ebing, Deutsches Archiv für klin. Med. IX, 1872. — <sup>134)</sup> Mendel, Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1874, Nr. 39. — <sup>135)</sup> Richter, Ibid. 1874, Nr. 48. — <sup>136)</sup> Joffroy et Jlanot, Progrès médical. 1881, Nr. 31. — <sup>137)</sup> Erb, Berlin klin. Wochenschr. 1875, Nr. 26. Virchow's Archiv. LXX, 1877. — <sup>138)</sup> O. Berger, Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1876, Nr. 16—19. — <sup>139)</sup> Eisenlohr, Virchow's Archiv. LXXIII, pag. 73, 1878. — <sup>140)</sup> Kahler u. Pick, Archiv für Psych. X, pag. 313, 1880. — <sup>141)</sup> L. Löwenfeld, Untersuchungen zur Electrotherapie des Rückenmarks. 1883. — <sup>142)</sup> Ranke, Zeitschr. für Biol. II, pag. 398—416, 1866. — <sup>143)</sup> Onimus, Journ. de l'anatomie et de physiol. X, 1874. — <sup>144)</sup> Neftel, Archiv für Psych. X, pag. 588 u. ff., 1880. — <sup>145)</sup> Althaus, Med. Times and Gaz. 1874, 14. March. — <sup>146)</sup> Erb, Krankheiten des Rückenmarks. v. Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. XI, 2. 1876. — <sup>147)</sup> E. Remak, Berliner klin. Wochenschr. 1878, Nr. 21, pag. 307; 1881, Nr. 21, pag. 292; 1883, pag. 515 u. 597. — <sup>148)</sup> A. Eulenburg, Die hydroelektrischen Bäder. 1883, pag. 79. — <sup>149)</sup> Richter, Deutsches Archiv für klin. Med. XXI, pag. 373, 1878. — <sup>150)</sup> Chéron, Journ. des. conaiss. méd.-chir. 1869, Nr. 16—18. — <sup>151)</sup> Gowers, Medical-chir. Fransact. LIX. 1876. — <sup>152)</sup> Gnauck, Archiv für Psych. IX, pag. 314, 1879. — <sup>153)</sup> Berger, Neurolog. Centralbl. 1883, pag. 433. — <sup>154)</sup> Mossdorf, Centralbl. für Nervenheilk. 1880, pag. 2. — <sup>155)</sup> Schnitzler, Wiener med. Presse. 1875, Nr. 20, 23. — <sup>156)</sup> Fritsche, Berliner klin. Wochenschr. 1880, pag. 215. — <sup>157)</sup> Jurasz, Deutsches Archiv für klin. Med. XXVI, 1880. — <sup>158)</sup> Eiselein, Vortrag vom 16. Oct. 1880, Braunschweig, ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1882, pag. 216. — <sup>159)</sup> Rossbach, Berliner klin. Wochenschr.

1880, Nr. 18. — <sup>160</sup>) Arndt, Archiv für Psych. II, 1870. Zeitschr. für Psych. XXVIII, 1872; XXXIV, 1877. — <sup>161</sup>) Newth, The Journal of mental science. Octobre 1884. — <sup>162</sup>) Hitzig, Reichert u. Du Bois-Reimond's Archiv für Anat. u. Phys 1871, 5 u. 6. Untersuchungen über das Gehirn. 1874, pag. 196 u. ff. — <sup>163</sup>) Purkinje, Rust's Magaz. für die ges. Heilk. XXIII, 1827. — <sup>164</sup>) Ferrier, Die Functionen des Gehirns, übers. von H. Obersteiner. 1879, pag. 117. — <sup>165</sup>) L. Löwenfeld, Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Elektrotherapie des Gehirns u. s. w. 1881. — <sup>166</sup>) Bartholow, Amer. Journ. of the med. scienc. April 1874. — <sup>167</sup>) Sciamanna, Arch. de psych. sciences pen. ed antropol. III. Fasc. 3; ref. im Centralbl für Nervenheilk. 1882, pag. 474. — <sup>168</sup>) Berger, Centralbl. für Nervenheilk. 1879, pag. 220. — <sup>169</sup>) Bernhardt, Zeitschr. für klin. Med. III, Heft 1, 1881. — <sup>170</sup>) Dana, 9. Jahresversamml. der American Neurolog. Assoc. 1883; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1884, pag. 91. — <sup>171</sup>) Chapin, The New-York. med. Rec. 15. Dec. 1883. — <sup>172</sup>) Nothnagel, Handb. der spec. Pathol. u. Ther. v. Ziemssen. XI, 1, 1876. — <sup>173</sup>) Bernhardt, Virchow's Archiv. LXIX, 1875. — <sup>174</sup>) L. Löwenfeld, Centralbl. für die med. Wissensch. 1881, pag. 132. — <sup>175</sup>) Hughes, The Alienist and Neurologist. January 1883; fer. im Neurolog. Centralbl. 1883, pag. 164. — <sup>176</sup>) Strümpell, Deutsches Archiv für klin. Med. XXVIII, Heft 1, 1881. — <sup>177</sup>) Hitzig, Handb. der spec. Pathol. u. Ther. v. Ziemssen. XI, 1, 1876. — <sup>178</sup>) Schüle, Handb. der Geisteskrankh. Handb. der spec. Pathol. u. Ther. v. Ziemssen. XVI, pag. 682, 1878. — <sup>179</sup>) Mann, Journ. of mental and nervous diseases. 1881, pag. 124. — <sup>180</sup>) Erlenmeyer, Centralbl. für Nervenheilk. 1883, pag. 200. — <sup>181</sup>) Althaus, Ibid. 1882, pag. 177 u. ff. — <sup>182</sup>) A. Eulenburg, Wiener Klinik 1880, 3. Heft. — <sup>183</sup>) M. Rosenthal, Archiv für Psych. XII, pag. 223, 1882. — <sup>184</sup>) Strübing, Deutsches Archiv für klin. Med. XXVII, pag. 117, 1880. — <sup>185</sup>) Charcot, Le Progrès médical. 1882, Nr. 4, pag. 64. — <sup>186</sup>) v. d. Heyden, Allgem. Zeitscr. für Pscyh. 42, I. — <sup>187</sup>) Caragiosiadis, Die locale Behandlung der Gastrectaisie. Münchener Dissert. 1878. — <sup>188</sup>) Onimus, Arch. gén. jnin 1883, pag. 649. — <sup>189</sup>) Dumm, Archiv für Gynäk. XXIV, Heft. 28—68, 1884. — <sup>190</sup>) Bayer, Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. XI. Heft. 1, pag. 88—136, 1884. — <sup>191</sup>) Althaus, Med. Times and Gaz. June 1861. — <sup>192</sup>) Leube, v. Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. u. Ther. VII, Heft 2, 1878. Deutsches Archiv für klin. Med. XXIII, 1878. — <sup>193</sup>) Baierlacher, Aerztl. Intelligenzbl. 1883, Nr. 20. — <sup>194</sup>) M. Rosenthal, Centralbl. für die ges. Ther. 1883, Heft 10. — <sup>195</sup>) Holst, Archiv für Psych. XI. pag. 678, 1881. — <sup>196</sup>) L. Landau u. E. Remak, Zeitschr. für klin. Med. VI, 1883. — <sup>197</sup>) v. Ziemssen, Deutsches Archiv für klin. Med. XXX, pag. 292, 1882. — <sup>198</sup>) Herbst, Archiv für exper. Pathol. 1884, pag. 9. — <sup>199</sup>) Dixon Mann, The medical chron. April 1885. — <sup>200</sup>) Flies, Berliner klin. Wochenschr. 1865, Nr. 26. — <sup>201</sup>) Beard, New-York med. Rec. 15. Dec. 1871; Oct. 1872; 15. Aug. 1883. Philad. Med. and Surg Rep. 7. March 1872. — <sup>202</sup>) Beard und Vockwell, *A practical treatise on the medical and surgical uses of electricity including localized and general electrizaton.* New-York 1871.

Uebers. von R. Vater v. Artens. 1874. — <sup>203</sup>) Siniselli, Annal. univers. CCII, pag. 300, 1867, Gaz. med. ital. Lombard. 1872, Nr. 37. — <sup>204</sup>) Lefort, Gaz. hebdom. 1872, Nr. 17—19. — <sup>205</sup>) Valtat *De l'atrophie muscul. consécutive aux maladies des articulations*. 1877. — <sup>206</sup>) Finkelnburg, Berliner klin. Wochenschr. 1882, Nr. 47, pag. 721. — <sup>207</sup>) Stein, Wiener med. Presse. 1883, Nr. 1. — <sup>208</sup>) Stintzing, Die Elektromedicin in der internationalen Electricitätsausstellung zu München im Jahre 1882. München 1883. — <sup>209</sup>) R. Remak, Ueber methodische Elekrisirung gelähmter Muskeln. 1855; 2. Aufl. 1856. — <sup>210</sup>) Hitzig, Berliner klin. Wochenschr. 1869, Nr. 11. — <sup>211</sup>) Neftel, Archiv für Psych. XVI, pag. 58, 1885. — <sup>212</sup>) John Beid, Edinburgh Monthly Journ. of med. scienc. May 1841, pag. 27. *The Cyclopaedia of Anatomy and Physiology*. III, London 1839—1847, *Article muscular motion*, pag. 520. — <sup>213</sup>) Kronecker, Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. 1871. — <sup>214</sup>) J. Rosenthal und Bernhardt, Elektricitätslehre für Med. und Elektrotherapie. 1884. — <sup>215</sup>) Frommhold, Elektrotherapie. Pest 1865. Die Migräne und ihre Heilung durch Electricität. 1868. — <sup>216</sup>) Erb, Deutsches Archiv für klin. Med. V, 1869. — <sup>217</sup>) M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1874, Nr. 26. — <sup>218</sup>) Tripier, Arch. of Ectrology and Neurology. I, 1874. — <sup>219</sup>) Seeligmüller, Neuropathologische Beobachtungen. Halle 1873. — <sup>220</sup>) Jewell, Journal for nervous and mental diseases. New-York Oct. 1882; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1882, pag. 216. — <sup>221</sup>) Feletti, Rivista clinica di Bologna. Sept. 1881; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1882, pag. 217. — <sup>222</sup>) Berger, Berliner klin. Wochenschr. 1873, Nr. 24, pag. 281. — <sup>223</sup>) Rumpf, Deutsche med. Wochenschr. 1881, Nr. 29. Archiv für Psych. XI, pag. 272, 1881. — <sup>224</sup>) Rumpf, Aertzl. Vereinsbl. 1881, Nr. 10. Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 1, pag. 5; Nr. 2, pag. 29; Nr. 21, pag. 482. Berliner klin. Wochenschr. 1883, Nr. 4, pag. 50. Neurolog. Centralbl. 1885, pag. 526. — <sup>225</sup>) Lowenfeld, Ueber die Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vermittelst des Inductionsstromes. München 1881. — <sup>226</sup>) Niermeyer, Weekbl. van het Nederl. Tidschr. voor Geneesk. 1884, Nr. 14, pag. 256; ref. im Neurolog. Centralbl. 1884, pag. 353. — <sup>227</sup>) Rumpf, Deutsche med. Wochenschr. 1881, Nr. 32, 36 u. 37. — <sup>228</sup>) Vulpian, Arch. de physiol. 1879, pag. 877. *De l'influence de la faradisation localisée sur l'anaesthésie de causes diverses*. 1880. — <sup>229</sup>) Grasset, Arch. de physiol. 1876, pag. 765. — <sup>230</sup>) Merklen, La France méd. 42, 1882. — <sup>231</sup>) Benedikt, Allgem. Wiener med. Zeitung. 1870, Nr. 3. — <sup>232</sup>) Boulin, Union méd. 1856, Nr. 63. — <sup>233</sup>) M. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1874, Nr. 10. — <sup>234</sup>) Runge, Deutsche Klinik. 1868, Nr. 3, u. 13. — <sup>235</sup>) Gubler, Journ. de thérap. 1874, Nr. 18—23. — <sup>236</sup>) Frier, Beobachtungen über die Heilwirkung der Electricität. 1. Heft: Die rheumatische Schwielen. 1845. — <sup>237</sup>) Weisflog, Deutsches Archiv für klin. Med. VII, 1870; XVIII, 1876. — <sup>238</sup>) Drosdoff, Centralbl. für die med. Wissensch. 1875, Nr. 17. — <sup>239</sup>) Beetz, Deutsches Archiv für klin. Med. XVIII, 1876. — <sup>240</sup>) Abramowski, Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 8. — <sup>241</sup>) Schwalbe, Virchow's Archiv. LXIII, 1874. — <sup>242</sup>) Katyschew, Archiv für Psych. VII,



pag. 638, 1878. — <sup>243</sup>) Engelskjön, Archiv für Psych. XV, pag. 136—140, 303, 305—358, 1884; XVI, pag. 1—44, 831—847, 1885. — <sup>244</sup>) Solfanelli, Gaz. med. ital. Lombard. 1866, Nr. 13. — <sup>245</sup>) Awarenga, Gaz. méd. de Lisboa. 1867. — <sup>246</sup>) Glax, Deutsche Archiv für klin. Med. XXI, 1878. — <sup>247</sup>) Popow, Wratsch. 1880, Nr. 22. Centralbl. für Nervenheilk. 1880, Nr. 14, pag. 293. <sup>248</sup>) Sigrist, Petersb. med. Wochenschr. 1880, Nr. 18. — <sup>249</sup>) Fürstner, Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 11. — <sup>250</sup>) Neftel, Centralbl. für die med. Wissensch. 1876, Nr. 21. — <sup>251</sup>) Oka u. Harada, Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 44. — <sup>252</sup>) Steinitz, Breslauer ärztl. Zeitschr. 1882, Nr. 13. — <sup>253</sup>) Kussmaul, Archiv für Psych. VIII, pag. 205, 1877. — <sup>254</sup>) Gerhardt, Volkmann'sche Samml. klin. Vorträge. Nr. 17. — <sup>255</sup>) Ad. Wilhelm, Wiener med. Presse. 1883, pag. 1446. — <sup>256</sup>) Fubini, Centralbl. für die med. Wissensch. 1882, pag. 581. — <sup>257</sup>) Braustein, Wratsch. 1881, Nr. 3. — <sup>258</sup>) Rosenhardt, Ibid. 1881, Nr. 40. — <sup>259</sup>) Supruvenko, Ibid. 1882, Nr. 17; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1883, pag. 158. — <sup>260</sup>) Benedikt, Allgem. Wiener med. Zeitung. 1870, Nr. 33. — <sup>261</sup>) Curci, Il Raccogl. med. 1877. — <sup>262</sup>) Th. Stein, Centralbl. für Nervenheilk. 1882, pag. 201. — <sup>263</sup>) Mario Gommi, Il Raccogl. med. 1875, pag. 201. — <sup>264</sup>) Mancini, Ibid. 1876, Nr. 17. — <sup>265</sup>) Chouet, Gaz. hebdomadaire. 1878, Nr. 9. — <sup>266</sup>) Boucquoi, Journ. de Therapeutique. 1878, Nr. 4 u. 5. — <sup>267</sup>) Czernecki, Rec. de mém. de méd. etc. milit. Sept., Oct. 1878. — <sup>268</sup>) Ballouhey, *De l'électricité appliquée au traitement de l'occlusion intestinale*. Thèse de Paris 1880. — <sup>269</sup>) Bolley, Le Progrès médical. 1884, Nr. 3. — <sup>270</sup>) Schnetter, Deutsches Archiv für klin. Med. XXXIV, pag. 636. — <sup>271</sup>) Rothe, Betz' Memorabilien. 1880, pag. 367. — <sup>272</sup>) Chvostek, Wiener med. Presse. 1870, Nr. 7, 8, 10, 16, 17, 34, 41. Wiener med. Blätter 1879, Nr. 3—5. — <sup>273</sup>) Mader, Wiener med. Presse. 1880, Nr. 46. — <sup>274</sup>) Botkin, Die Contractilität der Milz. Berlin 1874. — <sup>275</sup>) Skorzewsky, Wiener med. Wochenschr. 1876, Nr. 21—23; Nr. 29—31. — <sup>276</sup>) Tschulowski, Petersburger med. Wochenschr. 1878, Nr. 3. — <sup>277</sup>) Schröder, Ibid. 1879, Nr. 40. — <sup>278</sup>) Grigoriew und Musikantow, Russkaja Medicina. 1884, Nr. 29 u. 30; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1885, pag. 22. — <sup>279</sup>) Elias, Deutsche Klinik. 1875, Nr. 5. — <sup>280</sup>) Mosler, Leukämie. Berlin 1874. — <sup>281</sup>) Pierreson, Bullet. gén. de ther. Juin 1872. — <sup>282</sup>) Moebius, Betz, Memorabilien. XXIV, Nr. 12, 1879. — <sup>283</sup>) Jacoby, Zeitschr. für Geburtsk. XVI, pag. 423, 1844. — <sup>284</sup>) Radford, Froriep's Notizen. 1845, Nr. 729; 1846, Nr. 789. — <sup>285</sup>) Lawrence, *On the application and effect of Electricity and Galvanism*. London 1853, pag. 53. — <sup>286</sup>) Benj. Frank, Neue Zeitschr. für Geburtsk. 1846. XXI, Heft 2, pag. 570. — <sup>287</sup>) Apostoli, Le Progrès médical. 1881, Nr. 18. — <sup>288</sup>) Berryman, Edinburgh med. Journ. Dec. 1862. — <sup>289</sup>) Mackenzie, Gaz. hebdomadaire. 2. Avril 1857, Nr. 14, pag. 250. — <sup>290</sup>) Rothe, Memorabilien. 1879, Nr. 11. — <sup>291</sup>) Griffith, Edinburgh med. Journ. Dec. 1878. — <sup>292</sup>) Blackwood, Philadelphia med. Times. 9. Oct. 1880. — <sup>293</sup>) Tripiet, Archiv of Electricity and Neurology. 1874, I, pag. 270. — <sup>294</sup>) Erb, Deutsches Archiv für klin. Med. XXXVII, 1885. — <sup>295</sup>) Moebius Ber.

\*

liner klin. Wochenschr. 1880, pag. 677. — <sup>296</sup>) Engelhorn, Centralbl. für Nervenheilk. 1881, pag. 1—4. — <sup>297</sup>) F. Fischer, Archiv für Psych. XII, pag. 628—646. 1881. — <sup>298</sup>) V. Holst, Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie u. s. w. 1881; 2. Aufl. 1883, pag. 53. — <sup>299</sup>) Maienfisch, Schweizer Correspondenzbl. XI, pag. 22, 1881. — <sup>300</sup>) Konrád u. Wagner, Archiv für Psych. XVI, pag. 101, 1885. — <sup>301</sup>) Chr. Leegard, N. Magaz. for Lægevid. XV, Heft 12, Christiania 1885; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1886, pag. 179. — <sup>302</sup>) de Wattewille, Neurolog. Centralbl. 1882, pag. 255. — <sup>303</sup>) Stein, Ibid. 1883, pag. 177. — <sup>304</sup>) Clemens, Deutsche Klinik. 1858—1874. Ueber die Heilwirkungen der Elektrizität. 1879. Die Elektrizität als Heilmittel. 1882. — <sup>305</sup>) Arthuis, *Electricité statique etc.* 1873; seconde édit. 1877; troisième édit. 1880. *Electricité statique. Manuel pratique de ses applications.* 1884. — <sup>306</sup>) Schwanda, Centralbl. für die med. Wissensch. 1868, pag. 67. Poggendorff's Annal. CXXXIII, pag. 622—655, 1868. Oesterr. med. Jahrb. XXIV, Heft 3, pag. 163—218, 1868. — <sup>307</sup>) R. Vigouroux, Gaz. méd. de Paris. 1878, Nr. 18. Centralbl. für Nervenheilk. 1878, pag. 209—212. — <sup>308</sup>) Stein, Centralbl. für Nervenheilk. 1880, pag. 493—498. — <sup>309</sup>) Meissner, Zeitschr. für rat. Med. III, 12 Bd., 1861. — <sup>310</sup>) P. Vigouroux, *De l'électricité statique et de son emploi au therap.* Paris 1882. — <sup>311</sup>) Benediktow, Wratsch. 1883, Nr. 8—15; im Neurolog. Centralbl. 1883, pag. 525 und im Centralbl. für Nervenheilk. 1884, pag. 246. — <sup>312</sup>) Drosdow, Wratsch. 1882, Nr. 8; ref. im Centralbl. für Nervenheilk. 1882, pag. 173. — <sup>313</sup>) Stepanow, Wratsch. 1884, Nr. 27; Centralbl. für Nervenheilk. 1884, pag. 369. — <sup>314</sup>) Erlenmeyer, Centralbl. für Nervenheilk. 1879, pag. 1—5. — <sup>315</sup>) Ballet, Progrès medical. 1881, Nr. 18. — <sup>316</sup>) Beard, New-York Med. Rec. Oct. 1881. — <sup>317</sup>) Rockwell, New-York Med. Rec. XX, 12, Sept. 1881. — <sup>318</sup>) Blackwood, New-York Med. Rec. IX, 21, pag. 584, 1881. — <sup>319</sup>) Morton, New-York Med. Rec. XIX, 14 u. 15, 1881. — <sup>320</sup>) Dana, The Journal of nerv. and mental diseases. April 1882. — <sup>321</sup>) Golding Bird, Lancet. 1846, June. — <sup>322</sup>) Fieber, Wiener med. Wochenschr. 1869, Nr. 30. — <sup>323</sup>) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux recueillies par M. Féré.* Tome III, 1883, pag. 33. — <sup>324</sup>) Placé, *De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale.* Thèse. Paris 1885. — <sup>325</sup>) P. Ladame, *Notice historique sur l'électricité à son origine l'électricité médicale à Genève au XVIII. siècle.* Genève 1885. — <sup>326</sup>) Ball, Lancet. 2. Oct. 1880. — <sup>327</sup>) C. W. Muller, Archiv für Psych. XIV, pag. 284, 1883. — <sup>328</sup>) Riegel, Zeitschr. für klin. Med. VI, Heft 5, 1883. — <sup>329</sup>) Stein, Berliner klin. Wochenschr. 1886, pag. 60.

**Dr. Löwenfeld.**

## **Современный методъ леченія нейрастеніи и истеріи.**

**Переводъ Н. И. Мухина,**

ассистента при кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней въ  
Харьковѣ.

*(Продолженіе).*

Напротивъ того, въ случаяхъ, гдѣ это необходимо, я рѣшительно не могу достаточно предостеречь противъ попытокъ форсированнаго лишенія жира, назначены ли они по одному или другому методу.

То распространеніе, которое получили и въ средѣ непосвященныхъ въ послѣдніе годы такъ часто появляющіяся работы о леченіи ожиренія, привели къ попыткамъ леченія безъ руководства врача и понятно безъ обращенія вниманія на индивидуальность.

При этомъ оказалось, что женщины, частью изъ тщеславія отчасти по другимъ причинамъ (плохому аппетиту, отвращенію къ нѣкоторой пищѣ etc.), обнаруживаютъ склонность еще болѣе увеличивать себѣ тѣ лишенія, которыя налагаются указанными врачебными предписаніями. Понятно, что эти попытки не всегда проходятъ безнаказанно. Вмѣсто желаемого увеличенія производительности, нерѣдко являются значительныя состоянія слабости, усиленная нервная раздражимость, бессонница и др. недуги. Поэтому и врачъ имѣетъ также всѣ основанія соблюдать при леченіи ожиренія всевозможную осторожность и индивидуализацію.

Недавно я консультировалъ по поводу одного офицера, который, благодаря веденному врачомъ леченію тучности, втеченіи менѣе, чѣмъ трехъ мѣсяцевъ уменьшилъ свой вѣсъ на 40 фунтовъ (съ 180 на 140), но при этомъ впалъ въ состояніе тягчайшей нейрасте-

нии, отъ котораго не могло его вполнѣ освободить ни шестинедѣльное пребываніе въ клиникѣ близкаго къ его гарнизону университетскаго города, ни присовокупленное къ этому пребываніе въ горахъ; прибавимъ къ этому, что, кромѣ тучности, онъ до леченія не обнаруживалъ никакихъ особенныхъ разстройствъ. Специально о леченіи Oertel'я было указано Rosenfeld'омъ (Stuttgart), что, если оно не примѣняется съ должной осторожностью, то заключаетъ въ себѣ для нѣкоторыхъ особъ серьезныя опасности для жизни (хроническій паренхиматозный нефритъ и инсуффициенція сердечной мышцы).

### **В. Алкоголь и табакъ.**

Вопросъ, какъ мы должны относиться къ употребленію алкогольных напитковъ, при занимающихъ насъ нервныхъ болѣзняхъ, представляетъ въ настоящее время въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ употребленіе именно легкихъ напитковъ (пива и вина) вошло въ обычай у народа, очень важный предметъ для соображенія врача. Употребленіе этихъ напитковъ составляетъ любимый обычай такого большого числа людей, оно такъ связано съ другими привычками (соціального характера) и въ питаніи большого количества людей играетъ такую роль, что мы безъ побудительныхъ причинъ не можемъ взять на свою отвѣтственность перемѣны въ этомъ отношеніи. Односторонній взглядъ на дѣло и слѣпое поклоненіе принципамъ здѣсь могутъ только причинить вредъ. Для того, чтобы опредѣлить наши дѣйствія, мы должны принять въ соображеніе, что огромное число людей ежедневно употребляетъ спиртные напитки, особенно вино и пиво, не испытывая отъ этого какого либо явнаго вреда въ отношеніи здоровья, и что при многихъ болѣзненныхъ состояніяхъ алкоголь дается даже съ очевидною пользой. Но съ другой стороны мы видимъ и то, что постоянное употребленіе большого количества спиртныхъ напитковъ вызываетъ преимущественно тяжелыя разстройства со стороны нервной системы, помимо губительнаго вліянія въ области другихъ органовъ. Въ то время, какъ умѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ должно быть такимъ образомъ признано по меньшей мѣрѣ не приносящей вреда привычкой, они несомнѣнно являются ядами при постоянномъ употребленіи ихъ въ большихъ количествахъ.

Но гдѣ можно провести границу, ниже которой еще не производятъ болѣзнетворнаго вліянія ядовитыя свойства спиртныхъ напитковъ?

На этотъ вопросъ нельзя дать точнаго отвѣта и мы ограничимся только нѣкоторыми указаніями въ этомъ направленіи.

Количество алкоголя, которое безъ вреда можетъ быть ежедневно введено въ организмъ, нельзя опредѣлить какимъ либо числомъ граммовъ; опытъ показываетъ, что оно очень различно: что одинъ переноситъ годы, то губитъ другого въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ <sup>1)</sup>.

Варіаціи отношеній организма къ спиртнымъ напиткамъ стоятъ въ зависимости отъ національности и индивидуальности. Привычка играетъ здѣсь большую роль какъ у отдѣльных индивидуумовъ, такъ и въ массѣ населенія. Извѣстно большое потребление пива въ Мюнхенѣ и въ различныхъ портовыхъ городахъ; однако же собственно пьянство не представляетъ здѣсь необыкновенно частаго явленія и *delirium tremens* рѣдко встрѣчается въ здѣшнихъ госпиталяхъ. Привыкнувъ къ употребленію спиртныхъ напитковъ, здѣшнее населеніе достигло, понятно, того, что усвоило себѣ извѣстную резистенцію по отношенію къ вліянію алкоголя въ пивѣ. Поэтому понятіе «умѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ» весьма относительно и это надо принимать въ соображеніе, когда мы даемъ предписанія относительно употребленія ихъ.

За исключеніемъ опредѣленныхъ случаевъ, къ которымъ мы еще возвратимся, нѣтъ никакого основанія запрещать употребленіе спиртныхъ напитковъ одержимымъ нервной слабостью тамъ, гдѣ таковое существуетъ привычно; но съ другой стороны нѣтъ никакого основанія, за исключеніемъ извѣстныхъ случаевъ, рекомендовать употребленіе этихъ напитковъ тамъ, гдѣ

---

<sup>1)</sup> Вспомнимъ, что, напримѣръ, здѣшніе пивовары раньше получали въ день отъ 15 до 20 литровъ пива и теперь еще часто получаютъ болѣе 10 литровъ. Одинъ владѣлецъ пивовареннаго завода, котораго я лечилъ, бывшій раньше пивоваромъ, рассказывалъ мнѣ, что онъ втеченіи 18 лѣтъ ежедневно выпивалъ около 20 литровъ пива. Это показаніе долженъ признать вполне заслуживающимъ довѣрія всякій, кто знакомъ съ здѣшними нравами.

они до тѣхъ поръ не были употребляемы. Во всякомъ случаѣ можно совѣтовать для ежедневнаго употребленія вообще только болѣе легкіе изъ спиртныхъ напитковъ,—пиво и вино; коньякъ, аракъ и тому подобные, напротивъ, могутъ быть допущены только въ видѣ исключенія и при томъ разведенные. Вина и пива также можно позволить лишь очень умѣренные количества и то, если дѣло идетъ о сильныхъ, хорошо упитанныхъ индивидуумахъ,—умѣренные въ смыслѣ привычекъ даннаго населенія или отдѣльнаго индивидуума. Если я, напримѣръ, обыкновенно разрѣшаю какому либо изъ здѣшнихъ нейрастениковъ суточное количество пива въ одинъ литръ, то, судя по привычкамъ здѣшняго населенія, я дѣлаю ему очень значительное ограниченіе; въ другомъ мѣстѣ, при другихъ привычкахъ это количество можетъ явиться уже чрезмѣрнымъ. Поэтому нельзя дать общихъ предписаній относительно дозволеннаго количества пива и вина. Изъ винъ я разрѣшаю лицамъ съ достаточнымъ питаніемъ лишь болѣе легкіе сорта и не больше, чѣмъ полбутылки въ день. Больнымъ истощеннымъ, плохо упитаннымъ, особенно слабымъ можно не только позволить, но даже настоячиво рекомендовать употребленіе вина и пива. Здѣсь могутъ быть съ рѣшительной пользой употребляемы и болѣе крѣпкіе сорта пива (столовое пиво и экспортъ, а равно и англійскія пива), а также крѣпкія южныя вина и хорошее bordeaux.

Нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ встрѣчается большое отвращеніе къ вину и пиву, такъ какъ эти напитки вызываютъ головную боль, сердцебіеніе, тягостныя состоянія возбужденія etc. Этихъ непріятныхъ послѣдствій можно избѣжать, если давать вначалѣ очень малыя количества крѣпкихъ винъ (столовую ложку) черезъ часъ или два; когда же установится извѣстная выносливость по отношенію къ этимъ напиткамъ, тогда можно позволить и большія количества за разъ.

Напротивъ, всякое употребленіе спиртныхъ напитковъ надо воспретить у слѣдующаго класса нервныхъ больныхъ. Къ нему принадлежатъ индивидуумы, хорошо упитанные, преимущественно молодые или сред-

нихъ лѣтъ люди, которые, при склонности къ головокруженіямъ, обладаютъ явственной краснотой лица, — явленія, которыя можно отнести, кажется, только на счетъ вазомоторныхъ разстройствъ въ области головныхъ сосудовъ.

Употребленіе алкоголя, хотя бы даже въ ограниченномъ количествѣ, благопріятствуетъ этимъ разстройствамъ въ подобныхъ случаяхъ. Я убѣдился въ очень многихъ случаяхъ, что полное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ составляетъ здѣсь *condicio, sine qua* поп для выздоровленія.

То, что сказано объ употребленіи спиртныхъ напитковъ, относится и къ *курению* у нервныхъ больныхъ; въ этомъ отношеніи рѣшительно должно обращать вниманіе на индивидуальныя привычки.

Табакъ считаютъ народнымъ ядомъ, ядомъ, который, хотя и допускается по извѣстной привычкѣ, однако, не смотря на это, обнаруживаетъ съ теченіемъ времени свое вредное вліяніе. Мы должны, однакожъ, замѣтить съ особеннымъ удареніемъ, что, хотя умеренное употребленіе табаку безъ сомнѣнія можетъ неблагоприятно повліять на нервную систему, въ особенности вызывая разстройства сердечной дѣятельности, *palpitatio cordis*, сердечную аритмію, а также особаго рода безпокойство и потерю аппетита; однако же умеренное куреніе безспорно очень многими людьми переносится безъ всякаго вреда. Мало того, умеренное употребленіе табаку можетъ оказаться и полезнымъ въ различныхъ отношеніяхъ. Куренье можетъ у многихъ ослаблять состояніе повышенной нервной возбудимости и вмѣсто тяжелаго безпокойства вызвать пріятное самочувствіе. Но рядомъ съ успокоительными табакъ обладаетъ и стимулирующими свойствами. Онъ способенъ поднять духовную производительность и тѣлесную выносливость и явиться въ извѣстномъ смыслѣ суррогатомъ пищевыхъ веществъ. Наконецъ, у немагаго числа людей табакъ оказываетъ рѣшительно благопріятное вліяніе на пищевареніе и стулъ. Въ виду этихъ опытовъ, ни на чемъ, по моему мнѣнію, не основано стремленіе воспрещать куренье всѣмъ безъ различія нейрастенікамъ; однако необходимо ограничить его и количественно, и качественно. Нервные больные

должны курить только легкія сигары и при томъ не болѣе трехъ штукъ въ день; то-же относится и къ курительному табаку. Абсолютное запрещенье табака будетъ умѣстно только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуютъ нервныя расстройства сердечной дѣятельности или расположеніе къ нимъ, далѣе у тѣхъ индивидуумовъ, у которыхъ куренье влечетъ за собою какія либо вредныя вліянія.

### **С. Сонъ, занятія, обстановка, половыя сношенія.**

Въ ряду тѣхъ моментовъ, которые должны быть приняты во вниманіи при опредѣленіи образа жизни нервныхъ больныхъ, особеннаго вниманія заслуживаетъ сонъ. Если ужъ здоровый человѣкъ нуждается въ достаточномъ снѣ, чтобы пополнить израсходованную бодрость и поднять упавшій тонусъ нервной системы, то нервный больной вдвойнѣ въ немъ нуждается. Сонъ для такихъ больныхъ есть цѣлебное средство незамѣнимаго достоинства. Они должны поэтому спать столько, сколько они вообще въ состояніи, и въ своемъ образѣ жизни избѣгать всего, что можетъ дѣйствовать въ ущербъ ихъ сна. Они должны взять за правило ложиться спать какъ разъ въ назначенное время и передъ тѣмъ воздерживаться отъ всякой дѣятельности, могущей поддерживать оживленные процессы мысли и въ постели (усиленные занятія, возбуждающее чтеніе etc.).

Способность сна у нервныхъ больныхъ весьма различна. Съ одной стороны мы встрѣчаемъ случаи очень упорной бессонницы, а съ другой—склонность къ необыкновенно долгому сну.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существовала эта склонность, я извлекалъ изъ нея рѣшительную пользу, усматривая именно ясную выгоду отъ сочетанія продолжительнаго сна съ очень обильнымъ питаніемъ.

Очень важны далѣе занятія больныхъ. Здѣсь прежде всего является вопросъ, какъ поставить себя относительно исполненія служебной дѣятельности. Вопросъ этотъ безусловно необходимъ при всѣхъ тяжелыхъ состояніяхъ слабости, отъ какихъ бы причинъ онѣ не происходили.



Во всѣхъ этихъ случаяхъ трата умственныхъ и физическихъ силъ, которой требуетъ непрерывное исполненіе какой либо должности, служить только къ поддержанію существующей болѣзни и даже къ ухудшенію ея. Кромѣ того, пока пациентъ находится при своемъ занятіи или должности, сознаніе своей недостаточности противъ предъявляемыхъ требованій, а также досада на неудовлетворительность своего исполненія сравнительно съ тѣмъ, какъ было раньше, вліяютъ въ высшей степени вредно на состояніе нервной системы. Оставляя службу или занятія, больной уходитъ и отъ этихъ золъ. Онъ больше не имѣетъ поводовъ раздражаться своею неудовлетворительностью по службѣ. Почти всегда такіе больные должны отказаться отъ своихъ занятій на долгое время, нѣкоторые изъ нихъ даже на всегда. У лицъ, еще способныхъ исполнять свои обязанности, необходимъ по крайней мѣрѣ на короткое время перерывъ въ ихъ служебной дѣятельности во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣдняя служитъ причиной нервнаго расстройства или препятствуетъ примѣненію какого либо леченія. Это бываетъ особенно при чрезмѣрномъ умственномъ напряженіи у тѣхъ лицъ, занятія которыхъ заставляютъ ихъ постоянно торопиться и уставать, какъ напр. у *commis voyageurs*,—далѣе въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ служебная дѣятельность требуетъ чрезмѣрнаго напряженія отдѣльной нервной области (постоянное напряженіе глазъ, постоянное стояніе etc).

Та роль, которую у мужчинъ (отчасти также и у женщинъ) играетъ служебная дѣятельность, какъ причина состояній нервной слабости, у женщинъ выпадаетъ на долю домашней дѣятельности съ ея многоразличными напряженіями, заботами и хлопотами. То, что сказано здѣсь о служебной дѣятельности, относится, понятно, и къ домашней. Однако требованіе врача отказаться отъ занятій должно быть основано въ каждомъ случаѣ на тщательномъ взвѣшиваніи всѣхъ обстоятельствъ. Такое требованіе отъ больного вовсе не такая простая вещь, какъ представляютъ себѣ за письменнымъ столомъ нѣкоторые врачи—писатели. Эти больные въ громадномъ большинствѣ случаевъ—люди, принужденные всѣми средствами вести борьбу за существованіе

или по крайней мѣрѣ за улучшение своего положенія. Удалиться отъ дѣла означаетъ для многихъ изъ нихъ ущербъ, а для нѣкоторыхъ даже уничтоженіе ихъ хозяйственного благосостоянія. У другихъ опять другія обстоятельства честолюбіе, чувство долга, рвеніе къ дѣлу, недоброжелательство начальниковъ etc. представляютъ сильныя препятствія требуемому врачомъ удаленію отъ занятій. Все это должно быть принято во вниманіе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, и выгоды устраненія отъ занятій должны быть тщательно сравнены съ вытекающими отсюда неудобствами. Къ этому присоединяется еще слѣдующее обстоятельство. Отсутствіе служебныхъ занятій не для всѣхъ нервныхъ больныхъ полезно, по этому ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ рекомендовать отказаться отъ нихъ, если больной чувствуетъ къ нимъ склонность; такого больного слѣдуетъ оставить въ прежнемъ положеніи. У больныхъ съ ипохондрическимъ расположеніемъ недостатокъ дѣла, которое отвлекаетъ ихъ вниманіе большую часть дня, ведетъ къ постояннымъ размышленіямъ о своемъ болѣзненномъ состояніи, къ наблюденію и преувеличенію самыхъ незначительныхъ явленій и чрезъ это къ ухудшенію ихъ общаго состоянія; такимъ образомъ результатъ достигнутаго покоя для нервной системы исчезаетъ. Въ подобныхъ случаяхъ самое большее, что можно допустить, это—ограниченіе, но никакъ не полное устраненіе отъ занятій, даже если больной жалуется на неспособность къ дѣлу.

Наблюдая много такихъ паціентовъ, я убѣдился, что правильныя, даже напряженныя занятія благоприятно вліяютъ на ихъ общее состояніе, чѣмъ бездѣйствіе. Пріятное (симпатичное паціенту) занятіе можетъ оказаться прямо цѣлебнымъ средствомъ. Паціентъ, считающій себя тяжело больнымъ и неспособнымъ ни къ какой дѣятельности, видитъ ясно, что онъ въ состояніи работать. Это сознаніе подымаетъ его духъ, его увѣренность въ себѣ и существующія болѣзненныя явленія представляются ему въ другомъ свѣтѣ, чѣмъ раньше представлялись. Этимъ уже сдѣланъ важный шагъ къ улучшенію.

Тамъ, гдѣ нѣтъ служебной работы, мы должны позаботиться о другомъ соотвѣтствующемъ умственному

и физическомъ занятіи больного. Только для относительно малаго числа больныхъ это не оказывается вѣрнымъ, а напротивъ, при чемъ приходится прибѣгать къ абсолютному бездѣйствию и даже постельному покою, (см. приложение). Количество и родъ занятій, которыя мы допускаемъ и даже требуемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ, опредѣляется сообразно съ участіемъ головного и спинного мозга въ существующемъ состояніи истощенія, съ общимъ состояніемъ силъ больного и его служебнымъ положеніемъ.

Въ общемъ можно сказать, что при существованіи слабости спинного мозга (myelasthenia) слѣдуетъ по возможности избѣгать тѣлесныхъ напряженій; напротивъ, при преобладаніи или исключительномъ существованіи изнуренія головного мозга тѣлесныя напряженія, въ извѣстныхъ границахъ, слѣдуетъ признать рѣшительно полезными.

Достигается ли желаемая мускульная дѣятельность гуляньемъ, восхожденіемъ на горы, извѣстными гимнастическими играми, верховой ѣздой, плаваньемъ, катаньемъ на лодкѣ, или работой въ саду, колкой дровъ и т. п.,—это, по моему мнѣнію, безразлично; при этомъ главное—извѣстная мѣра; *слишкомъ интенсивное тѣлесное напряженіе оказывается, при истощеніи головного мозга, рѣшительно мѣшающимъ выздоровленію, что я наблюдалъ довольно часто.* Далѣе, несомнѣнно полезно извѣстное разнообразіе мускульнаго упражненія.

Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ держаться и относительно умственныхъ занятій. Ни въ какомъ случаѣ нельзя допускать очень интенсивныхъ умственныхъ напряженій. Тамъ, гдѣ мы вообще допускаемъ умственныя занятія, они должны извѣстнымъ образомъ разнообразиться и касаться тѣхъ областей, которыя по возможности удалены отъ служебной работы.

Извѣстныя склонности и побочныя занятія часто могутъ здѣсь быть поощряемы съ пользою.

Напротивъ, слѣдуетъ рѣшительно отсовѣтовать шумныя развлечения, каковы: посѣщенія баловъ, концертовъ, продолжительныхъ оперныхъ представленій, немѣренная игра на музыкальныхъ инструментахъ и проч.

Въ немаломъ числѣ случаевъ всякаго рода умственныя напряженія должны быть избѣгаемы. Это по пре-

имуществу случаи сильнаго мозгового истощенія, вслѣдствіе продолжительнаго чрезмѣрнаго умственнаго напряженія или подавляющаго душевнаго возбужденія; эти пациенты могутъ быть хорошо упитаны и тѣлесно кое-какъ еще способны къ дѣятельности. Здѣсь оказывается невозможнымъ не только то, что въ обыкновенной жизни разсматривается, какъ умственная дѣятельность (что я уже излагалъ въ другомъ мѣстѣ <sup>1)</sup>; но даже такія формы умственной работы, которыя, какъ обыкновенно думаютъ, не связаны ни съ какимъ напряженіемъ и поэтому служатъ средствами отдохновенія и развлеченія, могутъ повести уже въ теченіи короткаго времени къ очень тягостнымъ и даже опаснымъ ощущеніямъ въ головѣ, сердцебіенію, тошнотѣ и общему изнеможенію. Таковы напр. чтеніе легкихъ произведеній, бесѣды въ дружескихъ кружкахъ, писаніе письма по какому либо обыкновенному дѣлу и т. д. Нечего и говорить, что въ подобныхъ случаяхъ необходимъ абсолютный умственный покой. Тѣлесное движеніе также должно быть здѣсь ограничено кратковременной прогулкой; напротивъ, слѣдуетъ настойчиво рекомендовать, если только позволяетъ время года, по возможности постоянное пребываніе на открытомъ воздухѣ.

Достиженіе необходимаго душевнаго покоя, т. е. устраненіе всѣхъ непріятныхъ для пациента психическихъ вліяній не всегда исполнимо, при оставленіи его дома и въ прежней обстановкѣ. Разъ мы пришли къ такому убѣжденію, мы не должны медлить съ проведеніемъ той мѣры, высокое значеніе которой для леченія многихъ нейрастеническихъ и истерическихъ состояній въ послѣднее время пріобрѣтаетъ все большее и большее значеніе. Мѣра эта — удаленіе пациента изъ его прежней обстановки. Она можетъ оказаться необходимой по различнымъ обстоятельствамъ. Мужчины (и отчасти также женщины), пока они остаются дома, часто при лучшемъ желаніи не въ состояніи избавиться отъ всѣхъ своихъ дѣлъ, а еще менѣе отъ различныхъ заботъ и тревоженій, къ которымъ

<sup>1)</sup> Löwenfeld, Die Erschöpfungszustände des Gehirns. München, S. A. Finsterlin, 1882, S. 5.

можетъ подавать поводъ жизнь въ кругу родныхъ, особенно при слишкомъ раздраженной нервной системѣ.

Съ другой стороны женщины только рѣдко могутъ совершенно отстранить отъ себя хозяйственныя обязанности, заботы по воспитанію дѣтей, различныя, необходимыя при общественныхъ отношеніяхъ, представительскія дѣла. Еще болѣе вредятъ имъ двѣ противоположности въ содержаніи ихъ обстановки: съ одной стороны излишняя нѣжность и преданность, а съ другой невниманіе и недостаточное пониманіе ихъ страданій. Супругъ, то любящая мать, сестра, или весь кругъ родственниковъ, постоянно прислушиваясь къ жалобамъ больной, стараются всевозможными средствами удовлетворить каждой изъ нихъ и исполнить каждое, даже самое безразсудное, причудливое желаніе ея.

Но этотъ избытокъ состраданія, выказываемаго по отношенію къ больной, укрѣпляютъ въ ней все болѣе и болѣе убѣжденіе, что она тяжело больна; то вниманіе къ отдѣльнымъ симптомамъ ея, которое она видитъ со стороны окружающихъ, подымаетъ значеніе этихъ симптомовъ въ глазахъ больной и ведетъ такимъ образомъ къ еще большему сосредоточію на нихъ и вмѣстѣ съ тѣмъ къ ухудшенію ихъ. Быстрое и безпрекословное исполненіе каждаго желанія больной позволяютъ ей пренебрегать всѣми затрудненіями и жертвами, съ которыми часто связано удовлетвореніе ея желаній со стороны окружающихъ.

Она дѣлается эгоистичной, безпощадной мучительницей родныхъ, истиннымъ несчастьемъ семейства. Если въ немъ находятся члены, предрасположенные къ нервнымъ заболѣваніямъ, то почти невѣрное подѣвліаніемъ больной за которою они ухаживаютъ, ихъ нервность достигнетъ скоро значительной степени. «Гдѣ есть одна истеричная дѣвушка», справедливо говоритъ Mitchell, «тамъ мы скоро будемъ имѣть двоихъ паціентовъ».

Такой вредъ приноситъ больной излишняя нѣжность со стороны родственниковъ, совершенно неумѣренное состраданіе; точно такъ-же дурно, когда окружающіе, прежде всего мужъ и родители, впадая въ крайность, обращаются съ больной безпощадно и безжалостно и отрицаютъ существованіе дѣйствительнаго заболѣванія.

Послѣднее случается довольно часто, съ чѣмъ долженъ согласиться каждый занимающійся практикѣ. Отрицаніе болѣзни случается частью изъ злаго намѣренія, когда напримѣръ супругу тяжело оказать необходимое вниманіе больной,—частью же по убѣжденію, или, лучше сказать, вслѣдствіе недостаточнаго пониманія. Не только въ публикѣ, но и между врачами — къ стыду нашему я долженъ въ этомъ признаться — слышится теперь не рѣдко такое мнѣніе: невозможно, чтобы она была больна, она выглядитъ хорошо, ѣстъ, пьетъ и ходитъ гулять. Но еще болѣе усиливается подозрѣніе, что дѣло идетъ лишь о выдуманной и притворной болѣзни, когда больная въ хорошемъ обществѣ кажется свободной отъ недуговъ, можетъ быть даже шутить и смѣется вмѣстѣ съ другими и напротивъ, жалуется на безсиліе, боли и т. п., когда дѣло идетъ о выполненіи какой либо работы.

Добрые родственники или друзья стараются въ такомъ случаѣ иногда убѣдить больную, что ея страданія мнимы, или освободить ее отъ нихъ посредствомъ насмѣшки. Такимъ образомъ кромѣ страданій, которыя преувеличиваются, благодаря состоянію нервной системы больной, на ней тяготѣетъ еще удручающее сознаніе, что она должна отказаться не только отъ какого либо участія со стороны ея родственниковъ, но даже отъ простаго признанія ея болѣзни. Въ подобныхъ случаяхъ, если врачу не удастся дать членамъ семьи надлежащаго понятія о состояніи больной и тѣмъ самымъ обезпечить ей соотвѣтственное леченіе,—изолированіе пациентки отъ ея прежней обстановки если оно выполнимо, точно такъ-же показано, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ чрезмѣрное участіе и заботы близкихъ не могутъ быть уменьшены до разумнаго, соотвѣтствующаго дѣйствительному положенію уровня. Въ какомъ родѣ слѣдуетъ устроить изолированіе, это зависитъ, понятно, отъ положенія вещей въ единичномъ случаѣ. Если дѣло идетъ только о томъ, чтобы избавить больную отъ вреднаго вліянія домашней жизни и занятій, то для достиженія этой цѣли намъ открытъ, понятно, цѣлый рядъ путей. Пребываніе въ деревнѣ, въ горахъ или у моря, гидротерапія и леченіе въ соотвѣтствующемъ заведеніи могутъ быть здѣсь приняты

во вниманіе;—они не только послужатъ къ устраненію больной отъ привычной обстановки, но представляютъ еще рядъ другихъ важныхъ цѣлебныхъ условій. Нерѣдко приносятъ пользу уже одно переселеніе больного изъ вредной ему домашней атмосферы въ покойную обстановку разумныхъ родственниковъ и друзей, которыхъ характеръ и обращеніе ему пріятны.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нервнаго истощенія и чрезмѣрной раздражительности недостаточно удалить больного отъ обстановки вызывающей вредныя душевныя возбужденія, чтобы доставить нервной системѣ его необходимый покой. Мы должны здѣсь позаботиться о возможнѣйшемъ исключеніи всякаго возбужденія мысли, всякаго напряженія воли и утомительнаго процесса мышленія. Это будетъ достигнуто, когда мы помѣстимъ больного въ комнату, къ которой никто не долженъ имѣть доступа кромѣ врача и избраннаго ухаживающаго лица, и здѣсь оставимъ его въ постели на болѣе или менѣе долгое время. Этотъ строгій видъ изоляціи надежно выполнимъ на дому у больного, вѣроятно, только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ; онъ обыкновенно требуетъ удаленія больного изъ его дома. Что этимъ способомъ можно произвести значительное вліяніе на нервную систему больныхъ, это можно сказать почти навѣрное. Послѣдніе, изъ того мѣста и той обстановки, въ которыхъ развилась ихъ болѣзнь, помѣщаются въ атмосферу покоя и порядка; они не будутъ раздражаться ни изнѣженнымъ участіемъ, ни отсутствіемъ вниманія; при этомъ исчезаетъ сама собою и та частая форма самобичеванія помышленіями, чтобы не причинить дорогимъ родственникамъ горя и страданія. Жалобы и сомнѣнія относительно врачебныхъ предписаній не находятъ болѣе отголоска и поддержки со стороны окружающихъ; этимъ больные избавляются отъ многихъ мучительныхъ душевныхъ тревогъ и становятся значительно болѣе уступчивыми по отношенію къ врачебнымъ предписаніямъ.

Пребываніемъ въ постели и ограниченіемъ числа лицъ, необходимыхъ для ухаживанья и леченія, доводится до возможнаго минимума дѣятельность нервной системы, какъ со стороны мыслительной области, такъ и со стороны моторныхъ отправленій. Но мы должны

также обратить очень большое внимание и на то, что послѣдствія изоляціи, равно какъ и постельнаго покоя, могутъ быть уничтожены извѣстными обстоятельствами, устранить которыя не во власти врача.

Если, напримѣръ, женщина питаетъ сильную любовь къ своимъ дѣтямъ, отгѣсняющую на задній планъ всѣ другія чувства, то изолированіе отъ нихъ ни коимъ образомъ не будетъ вліять благопріятно на состояніе ея здоровья, хотя бы даже въ совмѣстной жизни съ дѣтьми лежалъ источникъ нервнаго расстройства.

Въ данномъ случаѣ изолированіе является большимъ изъ двухъ золъ, между которыми мы должны выбирать.

Съ другой стороны и лежаніе въ постели для женщины съ большой слабостью воли есть обоюдоострый мечъ. Я неоднократно видѣлъ случаи, когда истеричныя женщины, разъ принужденныя слечь въ постель въ силу какого либо обстоятельства, годами не оставляли уже постели, хотя не существовало ни параличей, ни даже моторной слабости, которыя дѣлали бы необходимымъ такое положеніе. Поэтому я могу совершенно согласиться съ Mitchell'емъ, который говоритъ: «Врачъ, который рѣшается уложить нервную женщину въ постель, долженъ быть совершенно увѣренъ, что она послушается его и встанетъ съ постели, когда придетъ время». Полное изолированіе больной отъ родственниковъ, вліяніе которыхъ можетъ подрывать авторитетъ врача, во всякомъ случаѣ представляетъ извѣстное ручательство, что можно будетъ достигнуть необходимаго послушанія, когда предложеніе постельнаго покоя будетъ признано желательнымъ. Однако же въ случаяхъ, которые допускаютъ какое нибудь сомнѣніе въ этомъ отношеніи, очень полезно ограничить дневной постельный покой нѣсколькими часами лежанья въ постели и позволить больной извѣстное количество движенія, которое во всякое время можетъ быть уменьшено или увеличено, смотря по положенію дѣла. Изолированіе, равно какъ и пребываніе въ постели допускаютъ, понятно, и одновременное примѣненіе различныхъ другихъ терапевтическихъ агентовъ. Послѣдніе имѣютъ обширное примѣненіе именно при Mitchell-Playfair'овскомъ примѣ, какъ мы подробно увидимъ это позже.



Очень серьезное вниманіе обращаютъ на себя при нервныхъ болѣзняхъ также *половыя сношенія*. Зная, какую важную роль играютъ различныя колебанія въ области половыхъ отпращиваній, какъ причина нервнаго истощенія, мы поймемъ, какъ важно умѣть ихъ регулировать.

Мы должны здѣсь принять въ соображеніе, что всякое неестественное удовлетвореніе полового стремленія опасно для нервной системы, что половое эксцессы, равно какъ и воздержаніе, могутъ также повлечь за собою вредныя послѣдствія. Однако же, вопросъ—что слѣдуетъ разматривать, какъ эксцессъ, всецѣло зависитъ отъ индивидуальности. Половая производительность отдѣльныхъ лицъ удивительно колеблется. Можно считать достаточно прочной точкой опоры въ данномъ случаѣ состояніе здоровья при брачномъ сожителствѣ. Тамъ, гдѣ послѣднее неблагопріятно вліяетъ на здоровье, оно должно быть, если не совсѣмъ воспрещено, то во всякомъ случаѣ очень ограничено.

Чтобы предписанное воздержаніе, относительное или абсолютное, было выполнимо для пациентовъ безъ особеннаго затрудненія и ущерба, для этого должны быть избѣгаемы всякіе поводы къ половому возбужденію; супруги должны по этому спать по меньшей мѣрѣ въ отдѣльныхъ помѣщеніяхъ. Впрочемъ, половыя сношенія слѣдуетъ ограничивать именно у обезсиленныхъ, тѣлесно истощенныхъ и болѣе старыхъ индивидуумовъ. У послѣднихъ иногда наблюдаются даже повышенныя половыя потребности, безпрепятственное удовлетвореніе которыхъ вліяетъ въ высшей степени неблагопріятно на нервную систему.

На вопросъ о томъ, совѣтовать ли страдающимъ нервной слабостью вступленіе въ бракъ,—нельзя дать общаго отвѣта. Нѣкоторыми, во всякомъ случаѣ, бракъ и теперь еще разсматривается, какъ вѣрное средство противъ истеріи и извѣстныхъ нейрастеническихъ состояній. Однако это воззрѣніе оправдывается только въ очень ограниченномъ числѣ случаевъ. Правильныя половыя сношенія, какія возможны въ бракѣ, во многихъ случаяхъ обнаруживаютъ, конечно, благопріятное вліяніе на существующее состояніе нервной слабости. Однако мы навѣрное зашли бы очень далеко, если бы захотѣли

\*

отнести хорошее вліяніе брачной жизни въ подобныхъ случаяхъ исключительно на счетъ половыхъ сношеній.

Это только одинъ факторъ въ ряду другихъ, не менѣе значительныхъ. Сюда относятся: удовольствіе, доставляемое порядочною домашней жизнью, отвлеченіе вниманія отъ собственнаго состоянія частью домашними обязанностями и заботами, частью хорошими супружескими отношеніями, удовлетвореніе, вызываемое особенно у женщинъ сознаніемъ, что они нашли опору въ жизни. Такіе факторы даются, конечно, не всякимъ бракомъ; гдѣ можно навѣрное предвидѣть, что ихъ не будетъ, гдѣ бракъ составитъ источникъ увеличенія заботъ, влѣдствіе недостаточнаго матеріальнаго положенія, или гдѣ несходство характеровъ вызоветъ досаду и раздраженіе супруговъ,—тамъ бракъ надо рѣшительно отсовѣтовать, потому что правильныя половыя сношенія не устраняютъ его вреда. Но и при несомнѣнно благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, при достаточномъ сходствѣ характеровъ, мы должны высказаться противъ брака, т. е. отстрочить его, если существуютъ тяжелыя истерическія или нейрастеническія состоянія. Правда, мнѣ извѣстны случаи, гдѣ на послѣднія бракъ не оказалъ никакого неблагопріятнаго вліянія; но, не смотря на это, я долженъ держаться прежняго мнѣнія. Если тяжелыя истерическія или нейрастеническія заболѣванія развиваются на почвѣ ясно выраженной наследственности, то надо совершенно отсовѣтовать вступленіе въ бракъ, какъ ради ожидаемаго потомства, такъ и ради опасности относительно дальнѣйшаго теченія нервной болѣзни.

---

## Библиографія.

**Проф. В. М. Бехтеревъ**, О центральныхъ окончаніяхъ блуждающаго нерва и о составѣ волоконъ такъ называемаго одиночнаго пучка продолговатаго мозга. (Вѣстн. клин. и судеб. псих., 1888).

Авторъ производилъ изслѣдованіе мозговъ взрослыхъ людей и человѣческихъ зародышей и, по поставленному вопросу, приходитъ къ слѣдующему выводу: волокна блуждающаго нерва, кромѣ всѣмъ извѣстнаго ядра, расположеннаго подъ дномъ 4-го желудочка, оканчиваются также въ п. *ambiguus* соответствующей и противоположной стороны, частью же переходятъ въ одиночный пучекъ соответствующей стороны. Такимъ образомъ п. *ambiguus* является особеннымъ ядромъ блуждающаго нерва, которое, въ отличіе отъ общепринятаго ядра этого нерва, можетъ быть названо переднимъ его ядромъ. Волокна же блуждающаго нерва внутри одиночнаго пучка не спускаются ниже уровня языкодвигательнаго нерва. Что касается волоконъ языкоглоточнаго нерва, образующихъ другую составную часть одиночнаго пучка, то мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, о продолженіи одиночнаго пучка въ шейный мозгъ слѣдуетъ считать совершенно ошибочнымъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ръ П. М. Автократовъ**, О вліяніи вырѣзыванія щитовидной желѣзы у животныхъ на центральную нервную систему, Врачъ, 1887 г., № 45 и 47.

Авторъ представляетъ предварительное сообщеніе о результатахъ своихъ изслѣдованій надъ вырѣзываніемъ щитовидной желѣзы у животныхъ. На основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ полагаетъ, что щитовидной желѣзѣ присуще специальное отправленіе, устраненіе котораго и обуславливаетъ цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ, которые выражаются, помимо другихъ сопутствующихъ припадковъ, судорожными явленіями, повышеніемъ электрической возбудимости мозговой коры и повышеніемъ гальванической возбудимости периферическихъ нервовъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ра Вороздина-Розенштейнъ,** Круговое помѣшательство съ исходомъ въ выздоровленіе.

Круговое помѣшательство впервые тщательно описано, какъ самостоятельная форма, Falret и Baillarger. Но уже гораздо раньше этого описаны случаи чередованія меланхоліи и маніи. Авторъ очень подробно и тщательно излагаетъ литературу даннаго вопроса. Особенное вниманіе авторъ обращаетъ на исходъ болѣзни. Почти всѣ подобные случаи заключаются плохимъ исходомъ и только очень немногіе—выздоровленіемъ. Этиологическіе моменты въ огромномъ большинствѣ—патологическая наслѣдственность и въ небольшомъ количествѣ случаевъ—плохія соціальныя условія и истощеніе; хорошій исходъ падаетъ на категорію послѣднихъ случаевъ, при благопріятныхъ условіяхъ леченія. Авторъ приводитъ подобный случай съ хорошимъ исходомъ. Это была дѣвушка безъ патологической наслѣдственности, но много умственно работавшая, при неблагопріятныхъ условіяхъ и плохомъ питаніи. Форма кругового помѣшательства была folie à double forme à type continu, при чемъ періоды меланхоліи и маніи были довольно непродолжительны и слѣдовали другъ за другомъ безъ свѣтлыхъ промежутковъ. Однако подъ конецъ болѣзни, по жѣрѣ поправленія физическаго состоянія больной, подъ вліяніемъ достаточнаго питанія и отдыха, періоды стали болѣе или менѣе смѣшанными. Относительно вѣса тѣла по отношенію къ различнымъ періодамъ болѣзни можно сказать, что въ данномъ случаѣ въ маниакальномъ періодѣ вѣсъ тѣла нѣсколько повышался. Больная выздоровѣла. Въ работѣ автора представляется интересъ—стремленіе изобразить различныя состоянія возбужденія и депрессіи графически, что до нѣкоторой степени еще раньше производилось Krafft-Ebing'омъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Д-ръ Шрейберъ,** О зависимости вкусовыхъ ощущеній отъ территорій вкусового органа и температуры вкусовыхъ веществъ. Диссертация. Москва. 1887.

Авторъ начинаетъ свою диссертацию обзоромъ работъ своихъ предшественниковъ съ конца XVII столѣтія до нашихъ дней. Обзоръ составленъ довольно подробно; но насъ поражаетъ въ немъ то мѣсто, гдѣ авторъ говоритъ о вліяніи чувства слуха на вкусъ. Вотъ подлинныя слова его: „относительно же участія чувства слуха, въ качествѣ способствующаго элемента въ дѣлѣ ясности воспріятія вкусовыхъ ощу-

щений, мы имѣемъ наблюденія Моос'а и Urbantschitsch'а, по которымъ въ случаѣ страданія болѣе глубокихъ частей слуховаго органа, средняго уха и прободенія барабанныхъ перепонокъ, съ замѣною ихъ искусственными, чувство вкуса теряло много въ ясности, сравнительно съ тѣми субъектами, у которыхъ органъ слуха оставался нормальнымъ“ (стр. 40). Почтенному автору, повидимому, совершенно неизвѣстно, что въ этихъ случаяхъ въ отношеніи чувства вкуса важно не столько пораженіе слуха (навѣрно, оно совсѣмъ не важно), сколько пораженіе барабанной струны—вкусоваго нерва, проходящаго черезъ барабанную полость. Вообще, авторъ нѣсколько формально отнесся къ своей задачѣ и не постарался отнестись къ нѣкоторымъ вещамъ съ надлежащимъ вниманіемъ. Такъ, въ другомъ мѣстѣ (стр. 106) онъ выражаетъ мнѣніе, что вкусовые вещества для воздѣйствія на вкусовые нервы должны диффундировать черезъ эпителий, не имѣя, повидимому, и понятія о томъ, что существуютъ такъ называемыя „вкусовые луковицы“ съ „вкусовыми клѣтками“, на которыя вкусовые вещества могутъ дѣйствовать непосредственно. Далѣе, Ш. излагаетъ свои собственные изслѣдованія. Изъ нихъ оказывается, прежде всего (согласно съ показаніями нѣкоторыхъ прежнихъ авторовъ), что способностью вкуса одарены только кончикъ языка, края его и область желобоватыхъ сосочковъ; послѣдняя всякіе вкусы ощущаетъ наилучшимъ образомъ. „Остальныя же части языка, какъ нижняя его поверхность и спинка, равно какъ и всѣ части и органы полости рта, лежащія за языкомъ и окружающія его со всѣхъ сторонъ, безусловно неспособны воспринимать вкусовые ощущенія“ (71). Нужно замѣтить, впрочемъ, что справедливый, можетъ быть, самъ по себѣ выводъ автора не совсѣмъ согласенъ съ его наблюденіями, такъ какъ при его опытахъ ощущали иногда вкусъ и спинка языка, и нижняя поверхность его, твердое и мягкое небо, язычекъ, переднія дужки, миндалины и даже щеки и губы. Отчего это происходило — легко понять (конечно,—отъ распыванія растворовъ на сосѣднія части); но отсюда видно, что способы экспериментированія г. Шрейбера не могутъ считаться удовлетворительными. Авторъ изслѣдовалъ указанныя мѣстности также въ отношеніи способности специально ощущать тотъ или другой вкусъ. Оказывается, что области, ощущающія сладкое, кислое, соленое и горькое, не вполне совпадаютъ, а имѣютъ различное протяженіе, отчасти, впрочемъ, покрывая другъ друга. Это обсто-

ительство прямо говорило бы за существование независимых другъ отъ друга специфическихъ нервовъ для сладкаго, кислаго и т. д., еслибы способы автора для изслѣдованія вкуса были достаточно надежны. Замѣчательно, что Ш. измѣрилъ посредствомъ циркуля и линейки протяженіе различныхъ специфически ощущающихъ участковъ отъ желобоватыхъ сосочковъ кпереди. Трудно представить себѣ, какъ это онъ могъ сдѣлать, принимая во вниманіе глубокое положеніе сказанной области. Не менѣе трудно также опредѣлять разстояніе выдающихся точекъ кончика языка до линіи, проведенной мысленно черезъ *foram. coecum*, что однако авторъ съ усиліемъ исполнилъ для начертанія плана специфически ощущающихъ частей поверхности языка. Если авторъ срисовывалъ такимъ образомъ свой собственный языкъ, что, какъ увидимъ сейчасъ, очень вѣроятно, то его искусство заслуживаетъ еще большаго удивленія. Именно, говоря о разныхъ неудобствахъ экспериментировать надъ другими лицами, авторъ высказываетъ, между прочимъ, слѣдующее: „не мало нашлось и такихъ (лицъ), которыя во время эксперимента теряли ту степень серьезности, съ которою испытуемое лицо необходимо должно относиться къ самому опыту. Тогда, вѣсто того чтобы дать толковое заключеніе о полученномъ впечатлѣніи, оно обыкновенно начинало смѣяться. Вслѣдствіе подобной неустойчивости и подвижности психическаго настроенія испытываемаго лица (гг. врачи и студенты, надъ которыми экспериментировалъ Ш., будутъ не очень польщены) предпринятый опытъ пропалъ не разъ безъ всякой пользы.... Однимъ словомъ желающему изучить органъ вкуса приходится преодолѣть не мало затрудненій, запастись громаднымъ хладнокровіемъ и неистощимымъ терпѣніемъ.... Большую часть экспериментовъ намъ приходилось производить надъ самимъ собою“ (стр. 57, 58). Если въ ротъ берется смѣсь вкусовыхъ веществъ (сахара, кислоты, поваренной соли, хинина), то, по Ш., всѣ вкусовые вещества, входящія въ смѣсь, узнаются; при этомъ выступаетъ то одно, то другое ощущеніе, такъ что происходитъ нѣчто въ родѣ „борьбы ощущеній“ (стр. 118). Но эти опыты авторъ также навѣрное производилъ на себѣ и зналъ составъ смѣси заранее (по крайней мѣрѣ нѣтъ указаній, чтобы думать иначе); а при этомъ можно чувствовать рѣшительно все, что хочешь. Конечно, „громадное хладнокровіе и неистощимое терпѣніе“ автора, на которыя онъ скромно указываетъ, получили надлежащую награду.

Нѣкоторые результаты опытовъ Ш. имѣютъ значеніе. Оказывается, напр., что при увеличеніи ощущающей поверхности, вкусъ лучше чувствуется: вся полость рта ощущаетъ одинъ и тотъ же вкусовой растворъ, лучше, чѣмъ одинъ кончикъ языка. Нѣтъ основанія не вѣрить этому. Что касается до вліянія температуры раствора на силу вкусового ощущенія, то оказывается, что при нагреваніи растворовъ отъ  $0^{\circ}$  до  $30^{\circ}$ — $37^{\circ}$ — $40^{\circ}$  вкусъ ощущается лучше и лучше; при дальнѣйшемъ нагреваніи, до  $50^{\circ}$ , вкусовое ощущеніе затѣмняется термическимъ; при  $60^{\circ}$  вкусового ощущенія совсѣмъ не получается. Кроме того, при повышеніи температуры, способность возбуждать вкусъ увеличивается для различныхъ вкусовыхъ веществъ не параллельно: для болѣе сильныхъ вкусовыхъ раздражителей (напр., хинина) это увеличеніе гораздо больше. Этому тоже нѣтъ основанія не вѣрить. *Н. А. Б.*

**Д-ръ Давыдовъ**, Къ симптоматологій сотрясенія мозга, Протоколы Кавказскаго Медицинскаго Общества, 1887.

Авторъ приводитъ два случая сотрясенія мозга. Оба они были у людей 20 л., крѣпкаго тѣлосложенія, доставлены въ больницу чрезъ 7 часовъ послѣ удара. Одинъ субъектъ былъ мужчина, другой—дѣвушка. Лицо у этихъ субъектовъ было мертвенно-блѣдно, зрачки расширены, безжизненный взглядъ, реакція организма на внѣшнія раздраженія отсутствовала. У обоихъ безсознательное сопорозное состояніе, пульсъ малый, рѣдкій.  $50'$ ,  $t$   $38^{\circ}$ . Спустя нѣкоторое время все это смѣнилось состояніемъ ажитации: взоръ блуждающій, больные грубы и запальчивы, отвѣчаютъ дерзко съ бранью. Мало по малу чрезъ нѣсколько дней они пришли къ нормальному состоянію.

*Я. А. Давыдовъ.*

**Prof. Sergi**, Изслѣдованія въ области экспериментальной психологій. (*Ricerche di psicologia sperimentale, Rivista sperimentale di freniatria, An. XII, f. IV*).

Въ этой работѣ авторъ представляетъ психометрическія изысканія, нѣсколько противорѣчащія предыдущимъ, особенно же изысканіямъ Wundt'a. Такъ, для простыхъ акустическихъ реакцій у одного субъекта Sergi нашель  $0,067''$ ,—цифра гораздо ниже противъ Wundt'овской, которая  $=0,167$ . Интересно, что это время нисколько не уменьшается, если субъектъ будетъ предупрежденъ объ имѣющемъ быть звукѣ. Авторъ объясняетъ это тѣмъ, что и у лицъ, дающихъ помѣтку безъ предупрежденія, вниманіе бываетъ напряжено до *maxi-*

тум'а. По цьому поводу авторъ даєть нѣсколько интересныхъ замѣчаній. Такъ онъ считаетъ нѣкоторые взгляды Wundt'a неправильными. W. разлагалъ время реакціи на три момента: 1-е поступленіе возбужденія въ поле сознанія или перцепціи, 2-е, поступленіе въ область вниманія или аперцепціи и 3-е произвольный импульсъ. Авторъ полагаетъ, что различіе этихъ моментовъ совершенно искусственно и въ своихъ экспериментахъ онъ допускаетъ только присутствіе простаго рефлекса. Во первыхъ вниманіе субъекта при экспериментѣ доведено до *maximum*'а и отличать перцепцію и аперцепцію нѣтъ необходимости; во вторыхъ здѣсь нѣтъ дѣйствительно произвольнаго импульса.—Авторъ доказываетъ также, вопреки мнѣнію Wundt'a, что время реакціи находится въ обратномъ отношеніи съ интензивностью импульса. Эксперименты съ акустической реакціей даютъ слѣдующіе результаты: сильный импульсъ = 0,067', слабый = 0,068', сильный съ предупрежденіемъ 0,0645'. *П. И. Ковалевскій.*

**Dr Frigerio**, Наблюденіе о локализациі чувства обонянія. — (Contribuzione alla localizzazione del senso dell'olfatto, Rivista sperimentale di freniatria, XIII, 3).

Экспериментальныя изслѣдованія Ferrier указываютъ на *cogni Ammonis*, какъ на обонятельный центръ. Было бы очень желательно, чтобы клиника принесла въ этомъ отношеніи тѣ или другія данныя. Авторъ приводитъ подобный случай, подтвержденный вскрытіемъ. При жизни у больного наблюдался давній глубокій рубецъ въ области затылка. Клиническая картина представлялась въ формѣ бреда преслѣдованія сочетаннаго съ бредомъ величія. При вскрытіи даннаго субъекта оказалась атрофія лѣвой *subiculum hippocampi*.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Rezzonico**, Патолого-анатомическія наблюденія въ области прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. (Osservazioni d'anatomia patologica sulla paralysi progressiva degli alienati, Archiv. ital. per le mal. nervos. 1887).

Авторъ описываетъ случай интересный по клинической картинѣ, именно въ томъ отношеніи, что когда на глазъ больного падалъ пучекъ свѣтовыхъ лучей, то получалось не суженіе зрачковъ, а расширеніе. Это состояніе было описано въ первый разъ Raggi въ 1885 г., за тѣмъ проф. Morselli. Изслѣдую мозгъ этого паралитика, умершаго въ состояніи, дающемъ картину мозговой конгестіи, авторъ нашелъ въ сосудахъ особен-



ныя тѣла. Тѣла эти были шарообразной или цилиндрической формы и такой величины, что занимали собою просвѣтъ сосуда, но находились между ними и тѣла меньшей величины. По внѣшнему виду они походили на жировыя и амилоидныя массы, однако не давали реакціи на соотвѣтствующіе реагенты. Они не были связаны со стѣнками сосудовъ и ни по строенію, ни по другимъ свойствамъ не походили на кровяные шарики. Они окрашивались однимъ только карминомъ. Dr Rezzonico высказываетъ предположеніе, что они могутъ являться продуктомъ пре- или постмортального состоянія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Sighicelli**, Паралитическое слабоуміе у тупоумнаго эпилептика. (*Demenza paralitica in un imbecille epilettico*, Archiv. ital. per. le mal. nervos. 1887).

Авторъ описываетъ рѣдкій случай развитія общаго прогрессивнаго паралича съ идеями величія, разстройствомъ рѣчи и другими характерными признаками, свойственными этой болѣзни, замѣчательный тѣмъ, что онъ развился у субъекта тупоумнаго и страдавшаго передъ тѣмъ очень долгое время припадками эпилепсін. Больной находился въ лечебницѣ около шести лѣтъ, прежде чѣмъ развилась у него настоящая болѣзнь. Психопатологическая наслѣдственность въ этомъ случаѣ отсутствовала.

*П. И. Ковалевскій.*

Новая иконографія Сальпетріерской клиники болѣзней нервной системы. (*Nouvelle iconographie de clinique des maladies du systeme nerveux*, N 1).

Несомнѣнно, что Сальпетріера является центромъ для изученія нервныхъ болѣзней. По мимо того, что Сальпетріера имѣетъ сама по себѣ огромное количество больныхъ, туда посылаютъ многіе врачи трудные случаи для тщательнаго изученія и леченія ихъ. Неудивительно, что Сальпетріера становится школой. Но очень жаль, что лица, живущія на далекомъ разстояніи не могутъ пользоваться этимъ матеріаломъ иначе, какъ по описанію. Въ настоящее время этому дѣлу помогаетъ иконографія, принимаемая P. Richet, Gilles de la Tourette и Londe, подъ покровительствомъ prof. Charcot. Этотъ атласъ будетъ служить дополненіемъ къ архиву и въ немъ вмѣстѣ съ рисунками будутъ помѣщаться и описанія. Атласъ будетъ выходить шестью тетрадями въ количествѣ до 300 стр. съ рисунками въ текстѣ и отдѣльными фотографіями. Первый выпускъ заключаетъ въ себѣ статьи Gilles de la Tourette „объ истерической гемиплегіи“

съ прекрасными литографіями и фототипіями,—Р. Richet „замѣтка о морфологической анатоміи люмбальной области“, тоже съ великолепными литографіями и фототипіями,—Р. Block „о контрактурахъ у истеричныхъ“, тоже съ великолепными фототипіями,—и Р. Richet „типъ paralysis agitans“ иллюстрированный отличной фототипіей. Рисунки дѣйствительно настолько изящны и художественны, что заслуживаютъ полного вниманія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Baillarger**, Аналогія симптомовъ пеллагрозного паралича и общаго паралича. (Analogie des symptômes de la pellagreuse et de le paralysie générale, *Annal. medico-psychologique*, 1888, 2).

Авторъ сопоставляетъ пеллагрозный параличъ съ общимъ параличемъ и находитъ между ними нѣкоторую аналогію. Онъ думаетъ, что отношеніе между этими двумя болѣзнями точно таково, какъ отношеніе алкогольнаго паралича къ общему параличу, т. е. параличъ при пеллагрѣ есть только конечный фазисъ болѣзни. Указываютъ на три главныхъ пункта отличія этихъ заболѣваній: движенія, бредъ и очагъ заболѣванія. Рѣчь и движенія при прогрессивномъ параличѣ сначала становятся атактичными и за тѣмъ только превращаются въ паралитическія; при пеллагрѣ рѣчь медленная, нерѣшительная, осторожная, — но это зависитъ отъ меланхолическаго и дементнаго состоянія умственныхъ способностей, а не отъ разстройства механизма рѣчи,—и только очень небольшая часть пеллагрозныхъ больныхъ подвергается разстройствамъ механизма рѣчи, совершенно сходнымъ съ разстройствами паралитическими,—при чемъ въ первомъ періодѣ пеллагры являются разстройства рѣчи атактическія,—во второмъ—паралитическія. Относительно бреда, параличъ пеллагрозный почти ни чѣмъ не отличается отъ паралича общаго. Что касается мѣста заболѣванія, то и въ этомъ отношеніи между этими болѣзнями много общаго. Выводы автора слѣдующіе: 1) параличъ пеллагрозный представляетъ полную аналогію съ общимъ параличемъ, такъ какъ онъ является общимъ прогрессивнымъ и остается неполнымъ до конца; 2) разстройства рѣчи, движеній и зрачковъ общи обѣимъ болѣзнямъ; 3) при общихъ разстройствахъ рѣчи дифференціальнымъ признакомъ до нѣкоторой степени можетъ служить характеръ бреда.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Dinga**, Наслѣдственность инстинкта, страсти и чувства (L'hérédité des instincts, des passions et des sentiments, 1887).

Авторъ разбираетъ вопросъ о наслѣдственности съ естественно-научной точки зрѣнія. Послѣ небольшого вступленія, онъ переходитъ къ физиологической наслѣдственности, гдѣ онъ особенно останавливается на наслѣдственности историческихъ семействъ, напр. въ Римѣ у Букконовъ, Лабеоновъ, Назоновъ и проч. Уже одни фамиліи этихъ семействъ показываютъ, что лица, принадлежащія къ нимъ, унаслѣдовывали большія губы, большія щеки, большіе носы и т. д. За тѣмъ авторъ разсматриваетъ наслѣдственность инстинкта, наслѣдственность восприимчивой способности: осязанія, зрѣнія, слуха, обонянія и вкуса,—наслѣдственность памяти и интеллекта. Наконецъ онъ переходитъ къ наслѣдственности чувства, страсти и характера. Книга написана очень общедоступно и иллюстрирована множествомъ примѣровъ. Изъ нихъ мы приведемъ два: одинъ изъ нихъ касается животнаго царства, а другой семейства людей. Двѣ родныя сестры собаки воспитывались: одна на дворѣ и въ бою на охотѣ,—а другая въ комнатѣ. Когда родились щенки у той и другой, то дѣти первой собаки были очень хороши для охоты,—дѣти же второй были никуда негодны. Что касается второго примѣра, то онъ заимствованъ изъ сочиненія Darwin'a. Одинъ господинъ, во время глубокаго сна, медленно поднималъ правый кулакъ вверхъ, подносилъ его ко лбу и за тѣмъ быстро билъ себя по носу. Эти манипуляціи продолжались иногда до тѣхъ поръ, пока онъ сильно набьетъ себѣ носъ. Его сынъ выросъ и послѣ смерти отца женился на госпожѣ, которая ничего не знала объ особенностяхъ отца своего мужа. У сына по ночамъ, во время глубокаго сна обнаружилась та же самая особенность. Но вотъ у нихъ родилась дочь и у дочери еще съ дѣтства замѣтили тоже; но такъ какъ это была особа, принадлежащая къ нѣжному полу, то она била себя по носу не кулакомъ, а ладошкой.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Meilhon**, Мегаломанія. (Mégélonie, Annal. medico-psychol. 1888, 2).

Авторъ описываетъ случай мегаломаніи, развившійся первично, безъ предшествующаго какого-либо бреда. Больная не имѣла патологической наслѣдственности, была торговкой, значительно выпивала и была весьма вспыльчива. Имѣла дѣтей. Послѣ одного нравственнаго потрясенія, у нея внезапно

развилась душевная болѣзнь и сразу въ формѣ бреда величія. Она королева Франціи. Она видитъ вблизи себя на тронѣ своего мужа. Богъ ей покровительствуетъ и онъ превратитъ ея враговъ въ прахъ и пепель. Ея родня составляетъ ея придворный штатъ. Она очень часто разговариваетъ съ какими то невидимыми лицами. По отношенію къ окружающимъ она относится съ высока и только повелительно. Она страшно раздражается гнѣвомъ, если не исполняютъ ея приказаній, или ей что нибудь приказываютъ. Настроение духа ровное и сдержанное. Однажды съ ней случился апоплектиформный приступъ, послѣ котораго она и умерла на третій день. При вскрытіи обнаружено: гиперемія мозга, гнѣздный фокусъ въ Tractus opticus и rupturасердца.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Tissie,** Душевно-больные бродяги. (*Les aliénés voyageurs*, 1887 г.).

Разбирая виды душевныхъ заболѣваній, при которыхъ можетъ обнаруживаться у больныхъ страсть къ бродяжничеству и путешествіямъ, авторъ находитъ, что она можетъ проявляться: при различныхъ формахъ бредовыхъ психозовъ, при галлюцинаціяхъ, при слабоуміи, при импульсивномъ сумасшествіи и при насильственныхъ явленіяхъ (*captivés*). Приведши многіе примѣры бродяжничества для всѣхъ указанныхъ формъ болѣзней, авторъ приводитъ случай бродяжничества, относящійся къ послѣдней категоріи. Это былъ молодой человѣкъ, 26 л., съ психопатологическою наслѣдственностью. Съ 12 л. у него является страсть къ бродяжничеству, при чемъ онъ бросаетъ для этого семью, дѣло, занятія, даже военную службу. Онъ исходилъ почти всѣ страны Европы, перенесъ безчисленное множество всевозможныхъ непріятностей, подвергался многочисленнымъ арестамъ и наказаніямъ и тѣмъ не менѣе все таки продолжалъ свое. Такое страстное влеченіе къ путешествіямъ являлось у него приступами. Всякому приступу предшествовали особенные симптомы: упорныя головныя боли, шумъ въ ушахъ, ощущеніе щекотанья въ носу, разсѣянность, жажда, иногда слабыя галлюцинаціи и всегда дурное настроеніе духа и депрессивное состояніе психики. Память больного очень хороша, особенно она у него развита по отношенію къ мѣстностямъ,—способность сужденія и сообразительности тоже въ хорошемъ состояніи. Авторъ приравниваетъ насильственные представленія къ состоянію внушенія въ гипнозѣ, при чемъ въ данномъ случаѣ постороннее внушеніе замѣнено насиль-

ственнымъ собственнымъ представленіемъ. (Такая аналогія этихъ двухъ группъ явленій уже давно указана проф. П. И. Ковалевскимъ въ его психіатріи т. I, 1886 г.).

### 3. В. Гутниковъ.

**Dr. Ch. Féré,** О состояніи силъ у эпилептиковъ. (De l'état des forces chez les épileptiques. Neurolog. Centrálb, № 5).

У 100 здоровыхъ лицъ Féré нашелъ динамометрическое давленіе правой руки (въ среднемъ) = 53, лѣвой руки = 48; у 100 эпилептиковъ правой = 36, лѣвой 32. — Постэпилептический транзиторный параличъ наблюдался часто. При изученіи различныхъ состояній эпилепсіи, Féré получилъ слѣдующія данныя: I, у 13 эпилептиковъ онъ нашелъ пониженіе силъ, по крайней мѣрѣ на одной сторонѣ, во время ауры, а именно на 19<sup>0</sup>/о съ правой стороны и 22<sup>0</sup>/о съ лѣвой стороны. II, Послѣ припадковъ онъ нашелъ—у 75 эпилептиковъ—въ среднемъ пониженіе силъ на 21<sup>0</sup>/о съ правой стороны и 23<sup>0</sup>/о съ лѣвой; у нѣкоторыхъ больныхъ это пониженіе силъ достигало 70<sup>0</sup>/о; у тѣхъ, которые послѣ припадка очень быстро возвращаются къ сознанію, пониженіе силъ наименьшее, 2—3<sup>0</sup>/о,—31 разъ это пониженіе было сильнѣе выражено съ правой стороны, 44 раза — съ лѣвой. III, Пониженіе силъ констатировалось также послѣ припадковъ головокруженія и обморока безъ судорогъ, въ среднемъ на 30<sup>0</sup>/о (съ правой), 27<sup>0</sup>/о (съ лѣвой стороны) тотчасъ послѣ припадка, 18<sup>0</sup>/о и 14<sup>0</sup>/о спустя  $\frac{1}{4}$  часа послѣ припадка. У больного, страдавшаго галлюцинаціями послѣ припадка, оказалось *повышеніе* силъ на 15<sup>0</sup>/о (съ правой) и 24<sup>0</sup>/о (съ лѣвой стороны); когда же галлюцинаціи послѣ припадка у него отсутствовали, то наблюдалось пониженіе на 30<sup>0</sup>/о resp. 50<sup>0</sup>/о. IV, Постэпилептическое пониженіе силъ менѣе значительно послѣ припадковъ судорогъ безъ потери сознанія. V, Наираниѣйшій срокъ уравненія первоначальнаго пониженія силъ— $\frac{1}{2}$  часа послѣ припадка, въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ—не ранѣе 24 часовъ.

### С. Н. Савѣтовъ.

**Dr. Ygouf,** О паралитическомъ бѣшенствѣ. (De la rage paralytique, 1887).

Авторъ описываетъ двѣ формы бѣшенства: форму конвульсивную и форму паралитическую, которыя въ свою очередь могутъ быть раздѣлены на множество подвидовъ. Ошибочно думать, что паралитическое бѣшенство свойственно только низшимъ животнымъ; напротивъ, оно встрѣчается также и у

человѣка. Нѣтъ яда спеціального для спазмотической формы и спеціального для паралитической; но одинъ и тотъ же ядъ въ однихъ случаяхъ вызываетъ одну форму, а въ другихъ— другую.

З. В. Гутниковъ.

**Dr. Lapointe**, Семья, члены которой одновременно поражены демономаніей. (*Une famille entière atteinte simultanément de démonomanie*, Annal. medico-psychol. 1886, 6).

Одновременное заболѣваніе цѣлаго семейства или многихъ лицъ есть явленіе очень рѣдкое. Такое явленіе представило собою семейство L., исторію котораго авторъ здѣсь излагаетъ. Вся семья состояла изъ семи человѣкъ: отецъ, мать, три брата и двѣ сестры. За годъ до заболѣванія одинъ изъ братьевъ ушелъ въ солдаты и потому остался невредимымъ, остальные же члены всѣ заболѣли. Всѣ они страдали, задолго до душевнаго заболѣванія, расстройствами желудка, такъ что разъ купили у какого то знахаря лѣкарства сразу на 80 франковъ. Характеръ ихъ душевнаго заболѣванія былъ очень странный. Они всѣ постоянно раздѣвались и оставались безъ костюма. Имъ казалось, что платье ихъ пропитано какимъ-то ядомъ и они его бросали въ колодезь, на дворъ и т. д. За тѣмъ ихъ часто видѣли въ ручьѣ босыми. Имъ всюду казались черти, кожу какого-то звѣря они приняли за чорта и прокололи ее. Однажды они отправились въ гости и одинъ изъ братьевъ былъ совершенно нагой. Больные думаютъ, что они отравлены колдунами и дьяволъ оскверняетъ ихъ платье. Они толпой ходятъ безцѣльно по улицамъ и затрагиваютъ прохожихъ. Все семейство занималось земледѣліемъ и были хорошими хозяевами. Психопатологической наслѣдственности нельзя было найти, хотя отецъ немного выпивалъ. 15 лѣтъ назадъ отецъ имѣлъ воспаленіе легкихъ и тогда бредилъ. Обѣ сестры были сильно истеричны. За нѣсколько времени до поступленія въ больницу, они помѣстили у себя на квартирѣ знахаря и у него лечились. По уходѣ этого знахаря и начала у нихъ развиваться эта болѣзнь crescendo. Поэтому всѣ они были помѣщены въ лечебницу. При помѣщеніи, мать и одинъ сынъ представляли депрессію, — три же остальные младшіе члены были возбуждены. У всѣхъ бредъ одинъ и тотъ же, сопровождающійся галлюцинаціями вкуса и обонянія. Вскорѣ однако они оправились и чрезъ мѣсяць были уже дома. Два года они были здоровы и занимались хозяйствомъ. Но въ концѣ второго года начала волноваться мать, которая заразила остальныхъ членовъ и вскорѣ ихъ всѣхъ помѣстили въ

лечебницу вновь. Всѣ они думали, что заболѣли „съ глазу“. Всѣ больные плевали, думая тѣмъ выдѣлить отравляющій ихъ ядъ. Больные и на этотъ разъ пробыли въ больницѣ очень недолго и вышли здоровыми.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Bataille**, Травматизмъ и нейронатія (Traumatisme et neuropathie, 1887).

Авторъ обратилъ особенное вниманіе на роль травматизма преимущественно въ генезѣ нервныхъ болѣзней. Его выводы состоятъ въ слѣдующемъ: травма можетъ вызывать такія стойкія заболѣванія, какъ общій параличъ и атаксія; кромѣ того этой же причинѣ нерѣдко обязаны: душевныя болѣзни, эпилепсія, истерія, эклампсія, хорія и paralysis agitans. Правильнѣе однако думать, что травматизмъ чаще служитъ причиной случайной на почвѣ подготовленной наслѣдственностью и проч.; въ этихъ случаяхъ травматизмъ часто усиливаетъ нейропатическое состояніе. Травматизмъ нерѣдко возбуждаетъ скрытое нейропатическое состояніе, вызываетъ и переводитъ его въ активное состояніе, которое не проявилось бы безъ воздѣйствія травматизма.

*З. В. Гутниковъ.*

**Dr Belle et Lemoine**, Лечение меланхолии съ тоской (Traitement de la lyremanie anxieuse, Annal. medico-psychologique, 1888, 2).

Настоящая работа авторовъ служитъ лучшимъ указаніемъ на то, какъ недалеко ушла психіатрія во Франціи за послѣднее время. Какъ индикации, такъ и способы леченія не только уже общезвѣстны, но нѣкоторые изъ нихъ даже уже оставлены. При леченіи меланхолии съ тоской авторы рекомендуютъ: для изоляціи отъ внѣшнихъ вліяній и пополненія мозговой анеміи слѣдуетъ держать больныхъ въ лежачемъ положеніи. Каждое утро слѣдуетъ давать на тощакъ стаканчикъ слабительной минеральной воды противъ запорѣвъ. Предъ пріемомъ пищи слѣдуетъ давать по 2—3 капли Tinct. nuc. vomic. два раза въ день. Употребленіе laudani должно совершаться такъ: начинать съ 5 капель и доходить, прибавляя ежедневно по 5 капель, до 200 капель въ день,—а при случаѣ и больше; даютъ это средство они два раза въ день—утромъ и вечеромъ,—каково бы ни было количество его. Души назначаютъ только въ состояніи физическаго улучшенія, и то на короткое время и распыленной струей.

*Я. А. Давидовъ.*

**Dr Guillemin**, Къ ученію объ алкогольной истеріи (Contribution a l'étude de l'hysterie alcoolique, Annal. medico-psychologiq. 1888, 2).

Етіологическимъ моментомъ для истеріи считается почти исключительно нейрпатологическая послѣдственность. Charcot высказалъ мнѣніе, что алкоголизмъ тоже можетъ играть роль етіологическаго момента, хотя часто случайнаго, вызывающаго эффектъ на уже подготовленной почвѣ. Авторъ приводитъ случаи, гдѣ алкоголизмъ служилъ единственною предрасполагающей причиной истеріи, безъ нейрпатологической послѣдственности. На этой, подготовленной продолжительнымъ злоупотребленіемъ алкоголемъ, почвѣ, легкая травма вызвала истерію. Поэтому авторъ считаетъ возможнымъ допустить, что истерія можетъ являться на алкогольной почвѣ и такую истерію онъ считаетъ алкогольной истеріей.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers**, Научное изслѣдованіе пьяницъ преступниковъ. (The Scientific Study of Jnebriate criminals, The Quarterly Journal of Jnebriety. 1888, 1).

Въ настоящій моментъ эксперту-медику на судѣ приходится придерживаться рамокъ, опредѣленныхъ закономъ. Какъ только экспертъ хотя немного уклоняется въ сторону, тотъ часъ это признается или пристрастіемъ въ пользу подсудимаго, или дѣло сводится на его некомпетентность. Сплошь и рядомъ медицина и юриспруденція расходятся между собою. Пункты, на которые должно быть обращено особенное вниманіе эксперта: 1) юриспруденція останавливается на преступленіи,—медицина изучаетъ исторію преступника, которая часто даетъ ключъ къ пониманію и самого преступленія; 2) изученіе дѣтскаго возраста подсудимаго, его воспитанія, питанія, и проч. весьма часто служитъ указателемъ нормальности мозговой акціи преступника; 3) пьянство, его происхожденіе, продолжительность и характеръ—суть дальнѣйшіе пункты, которые должны быть изучены у преступника; 4) природа и характеръ преступленія, а также обстоятельства, при которыхъ совершено преступленіе,—вотъ тѣ пункты, на которые должно быть обращено вниманіе эксперта. Пьянство и преступленіе, по автору, суть только члены одной семьи и если они встрѣчаются совмѣстно, то условія существованія даннаго субъекта ухудшаются. Онъ рекомендуетъ слѣдующіе пункты судьямъ: 1) пьянство уже само по себѣ служитъ показателемъ ненормальности умственной дѣятельности человека, ибо алкоголь далеко не индифферентное вещество для



мозга; 2) во многих случаях пьянство является симптомомъ болѣе серьезнаго мозгового пораженія, какъ манія и проч.,— въ этихъ случаяхъ преступленіе вполне невмѣняемо; 3) если преступленіе есть продуктъ пьянства, то существуетъ вѣроятность сосуществованія какой либо формы сумасшествія, при чемъ пьянство всегда подготавливаетъ путь къ преступленію; 4) если окажется, что субъектъ принялъ спиртъ съ цѣлію совершенія преступленія, точнѣе для храбрости, то въ этихъ случаяхъ особенно нужно быть осмотрительнымъ, ибо эти явленія очень часто совершаются въ *manie raisonnée*. Всѣ положенія авторъ иллюстрируетъ судебно-психіатрическими фактами, гдѣ подсудимые, безусловно больные люди, были обвинены только потому, что резюме врача не соотвѣтствовало современнымъ опредѣленіямъ закона. Тамъ, гдѣ преступленіе и пьянство соединяется вмѣстѣ, должно принимать во вниманіе всѣ условія жизни субъекта, ибо такой субъектъ уже по своему существу стоитъ на границѣ между умственнымъ здоровьемъ и болѣзнью.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Hughes**, Состояніе опьяненія въ нашихъ судахъ *The Status Jnebrietatis in our Courts, Alienist and Neurologist*, 1888, 1).

По общепринятому взгляду состояніе опьяненія считается ненормальнымъ состояніемъ въ виду того, что субъектъ находится подъ вліяніемъ яда; поэтому его поступки извиняются, если только они идутъ нерѣзко противъ общественной безопасности. Законъ и общество однако не признаютъ такихъ субъектовъ невмѣняемыми, уже потому, что человекъ можетъ симулировать пьянство съ цѣлью преступленія. Это однако неправильно. Очень часто пьянство есть явленіе врожденное, хранится въ человекѣ латентно въ видѣ нервной неустойчивости и можетъ дать ужасную картину запоя отъ самыхъ ничтожныхъ причинъ, какъ это бываетъ и по отношенію къ психозамъ. Это то состояніе нервности и можетъ быть сообщникомъ преступленія. Законъ долженъ идти дальше полицейскаго протокола и быть внимательнымъ къ условіямъ совершенія преступленія пьяницею. Законъ обязанъ въ каждомъ данномъ случаѣ разобрать насколько въ данномъ преступленіи вліяли элементъ преступный, и насколько болѣзненный.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Cowles**, Насильственные и фиксированныя идеи. (*Insistent and fixed Ideas, The American Journal of Psychology*, 1888).

Авторъ останавливается на подробномъ разсмотрѣніи насильственныхъ и фиксированныхъ представленій. Въ числѣ

\*

другихъ, обязательныхъ, условій существованія этихъ представленій, онъ ставитъ въ основу огромнаго количества этихъ случаевъ психопатологическую наслѣдственность. Разсматривая интензивность заболѣванія въ этихъ случаяхъ, онъ полагаетъ, что здѣсь существуетъ масса градацій нарушенія мыслительной области, начиная отъ самыхъ ничтожныхъ и оканчивая систематизированнымъ бредомъ. Въ иныхъ случаяхъ эти явленія, достигши извѣстной степени развитія, останавливаются *statu quo* въ теченіи всей жизни; другой разъ, они изъ ничтожнѣйшаго состоянія могутъ постепенно развиваться больше и больше и доходить до состоянія параной. Въ доказательство своихъ положеній, авторъ приводитъ случай *folie du doute*. Это дѣвушка, 28 лѣтъ, родители которой были здоровы, но очень преклонныхъ лѣтъ. Больная была крѣпкаго тѣлосложенія и тѣлесно совершенно здорова. Происходя изъ хорошаго семейства, обладая прекраснымъ умомъ и образованіемъ, она однако стала обнаруживать крайнюю небрежность въ костюмѣ, что вполне было въ дисгармоніи съ ея вкусомъ. Она поступила въ больницу по собственному желанію, послѣ покушенія на самоубійство. Больная съ дѣтства ни чѣмъ не болѣла, но съ 19 лѣтъ начала уединяться и скрываться отъ людей. На 24 году она была въ лечебницѣ для нервныхъ больныхъ, гдѣ держала себя апатично, небрежно къ себѣ и окружающимъ и по временамъ возбуждалась. Иногда у нея являлись идеи самоуниженія и самоуничиженія. Она думала, что всѣ лица, которые будутъ имѣть съ нею какое бы то ни было дѣло, страдаютъ, или умрутъ, или не будутъ имѣть удачи. Она давала зарокъ не дѣлать того или другого,—если же она преступитъ обѣдъ, то внесетъ несчастье въ общество. Въ концѣ концовъ, мучась подобными идеями, она приняла четыре ложки настойки опія съ цѣлю самоубійства. Когда же ей это не удалось, то она не покидала своего напѣренія, почему ее и помѣстили въ лечебницу для душевныхъ больныхъ автора. Она имѣла меланхолическія идеи, но депрессіи самочувствія у нея не было,—равно какъ и помимо этихъ идей мыслительная ея дѣятельность не была нарушена. Она ясно сознавала всю нелѣпость своихъ идей и тѣмъ не менѣе не могла отъ нихъ отдѣлаться. Печальное настроеніе духа здѣсь являлось вторично, вслѣдствіе постоянного присутствія идей о самоубійствѣ, почему съ нея взято было слово, что она ничего не сдѣлаетъ съ собой. Однажды было замѣчено, что хотя она и дала обѣщаніе, однако едва ли выдержитъ, почему надзоръ

за нею былъ усиленъ. Тогда она отшѣнила свое прежнее обѣщаніе не дѣлать надъ собой зла и дала зарокъ этого не обѣщать. Когда врачъ заявилъ, что онъ не можетъ ослабить за ней надзора уже потому, что она не даетъ обѣщанія не дѣлать надъ собой зла, то она вполнѣ согласилась съ этимъ и не перешѣнила своего послѣдняго обѣщанія. Въ дѣтствѣ на нее часто нападала боязнь смерти, безъ всякаго однако къ этому повода. Затѣмъ у нея явилось опасеніе вреда отъ окружающей обстановки и сомнѣніе въ поступкахъ, такъ что она вынуждена была по нѣскольکو разъ повторять одно и то же. До 14 лѣтъ она однако совершенно оправилась; въ это время у нея явился тифъ. Вслѣдствіе продолжительной болѣзни, она много пропустила въ ученіи, почему ей въ школѣ приходилось не доѣдать и не досыпать изъ за занятій; по этой причинѣ у нея опять явилось состояніе сомнѣнія: она повторяла по нѣскольکو разъ одинъ и тотъ же актъ, боясь иначе причинить вредъ другимъ. Въ школѣ была одна ученица С., очень способная, добрая и красивая. Ее всѣ любили. Любила ее и паціентка, но рядомъ съ этой любовью возникла и зависть, — это-то и послужило исходнымъ пунктомъ ея болѣзни. У нея началъ возникать рядъ вопросовъ, напр., если бы она могла повредить С., воспользовалась ли бы она этимъ случаемъ, или нѣтъ? если бы съ С. случилось несчастье, — радовалась ли бы она этому или нѣтъ? и пр. Это состояніе соединилось съ сомнѣніемъ: дѣлая что-нибудь, она думала: не нужно ли повторить этого? Повторяла. Тогда являлась мысль — не произойдетъ ли отъ этого вреда для С.? Когда она повторяла свои поступки, то страхъ вреда для С. пропадалъ. Рядомъ съ этимъ она очень много мучилась этими мыслями; особенно же она очень много мучилась мыслью, что она дурно думаетъ о С. и какъ бы отъ одной мысли ея не произошелъ вредъ для С. Она вполнѣ понимала, что если бы случилось несчастье съ С., то это было бы не отъ нея, тѣмъ не менѣе мысль все таки продолжала ее мучить. Мало по малу къ этому присоединилось сочетаніе идей такое, что всякое воспоминаніе о какомъ либо несчастіи вызывало опасеніе, какъ бы это не случилось съ С., и вѣстѣ съ тѣмъ мучило больную, что одна такая мысль можетъ навлечь это несчастье на С. Вскорѣ однако она нашла отвлеченіе, именно, что это несчастье должно произойти не съ С., а съ какимъ либо другимъ лицомъ, которыхъ она по порядку подставляла на сцену. При всякой мысли о несчастіи у нея моментально выскакивалъ образъ С., но она также моментально вѣсто него под-

ставляла другой образъ и такимъ образомъ переносила несчастье на нихъ. Въ дальнѣйшемъ у нея явилось желаніе, чтобы это несчастье дѣйствительно случилось съ ними. Это состояніе длилось съ нею до 18 лѣтъ, когда она не могла уже учиться и должна была оставить школу; у нея исчезла склонность къ пріобрѣтенію знаній. По отношенію къ чужимъ больная являлась сносной; но для близкихъ она сдѣлалась невыносимой. Она стала избѣгать близкихъ и друзей и порѣшила порвать съ ними, такъ какъ по очередно они возбуждали въ ней антипатію. Такимъ образомъ она осталась одинокой. Вмѣстѣ съ этимъ больная начала оказывать предпочтеніе однимъ предметамъ и цвѣтамъ и исключать другіе. Точно также было не безразличное отношеніе къ тѣмъ или другимъ днямъ, газинамъ и проч.; при чемъ нерѣдко она должна была продолжать нѣкоторыя предосторожности при одѣваньи въ то или другое платье, чтобы этимъ не сдѣлать вреда другимъ. Это постепенно побудило ее къ уединенію и небрежности къ костюму. Все это крайне осложнялось различными зарками, обѣтами и проч., которые она однако тщательно скрывала. Однажды случилось, что одно изъ подставныхъ лицъ, которыхъ она выдвигала вмѣсто С., умерло. Это ее страшно опечалило, такъ какъ у нея явилась идея, что она въ этомъ случаѣ виновна и даже убійца. Спустя нѣкоторое время, когда ей было 20 лѣтъ, ей пришлось быть въ домѣ С. Вновь со всею силою всплыли къ С. съ одной стороны любовь и восхищеніе, а съ другой—зависть и недоброжелательство. Смотри на С., какъ она счастлива, часто являлась у нея мысль, что это счастье должно быть отмщено. Естественно, что эти мысли не проходили для нея безъ борьбы и мученій. Однажды она достала бритву и, подошедши къ С., провела бритвой по шеѣ. С. страшно испугалась, больная же обратила все въ шутку. Тѣмъ не менѣе эта мысль объ убійствѣ страшно ее мучила. Въ теченіи слѣдующихъ четырехъ лѣтъ умерло нѣсколько лицъ, которыхъ она употребляла для подставки вмѣсто С. и смерть каждаго изъ нихъ страшно ее мучила. Въ послѣднее время, когда она оставалась на единѣ съ старикомъ, ребенкомъ или слабымъ человекомъ, у нея рождалась мысль—убить ихъ; но дѣло никогда не доходило до попытки къ исполненію. Однажды она вычитала объ убійствѣ одной дѣвушки съ такимъ же именемъ, какъ С. Это ее страшно мучило. Ей казалось, что С. погибла отъ ея руки, или что тоже отъ дурныхъ ея мыслей. Для отвода, она опубликовала въ той же газетѣ.

что убита не та дѣвушка, а другая. Это вызвало большіе толки, но вмѣстѣ съ тѣмъ облегчило больную. Больная заявила, что она живетъ двумя жизнями: одною—лицемерною и другою—бредовою; первую она прикрываетъ вторую. Чтобы не страдать, въ случаѣ смерти кого-либо изъ лицъ, которыхъ она подставляла вмѣсто С., теперь она начала подставлять самую себя. Вскорѣ у нея явилась наклонность къ изліянію другимъ своихъ мученій, а также слышать мнѣніе другихъ о ея состояніи. Это измѣнилось и замѣнилось другимъ: лучше всего, если за всѣ ея дурныя поступки она накажетъ себя физической болью, почему купила револьверъ и ранила себя въ плечо и бедро. Этимъ она хотѣла пайти себѣ покой; но когда раны ея быстро зажили, то она пришла въ отчаяніе и здѣсь проявилась у нея наклонность къ самоубійству. Вмѣстѣ съ этимъ она начала подвергать себя физическимъ и нравственнымъ лишеніямъ и истязаніямъ самообвиненія. Черезъ нѣкоторое время больная совершенно оправилась и у нея остался только частичный бредъ, который она однако могла подавлять.—Еще недавно П. И. Ковалевскій высказалъ мнѣніе о постепенномъ развитіи нейрастеніи въ патолобію и паранюю. Авторъ, соглашаясь съ этимъ положеніемъ, расширяетъ одного его тѣмъ, что допускаетъ возможность развитія этихъ всѣхъ степеней не только на почвѣ дегенеративной нейрастеніи, но и на почвѣ нейрастеніи развившейся въ теченіи жизни, слѣдовательно благопріобрѣтенной. Авторъ однако соглашается, что развитіе паранон принадлежитъ гораздо чаще гредитарнымъ формамъ нейрастеніи. *П. И. Ковалевскій.*

**Dr. Clark Bell**, Судебная медицина пьянства. (The medical jurisprudence of Inebriety, The Quarterly Journal of Inebriety, 1888, 1).

Авторъ останавливается на вопросѣ объ отношеніяхъ закона къ преступленіямъ, совершеннымъ въ состояніи пьянства. Только лишь въ явныхъ случаяхъ болѣзненнаго состоянія, вслѣдствіе пьянства, какъ напр. *delirium tremens* и проч., законъ признаетъ невмѣняемость преступленія. Въ остальныхъ же случаяхъ дѣло предоставляется экспертизѣ и судѣ. Во всякомъ случаѣ послѣднее слово остается за судьей. Но въ такомъ случаѣ вопросъ сводится на чисто субъективную точку зрѣнія, такъ какъ одному судѣ дѣло можетъ показаться съ одной точки зрѣнія, а другому съ другой. Въ результатѣ получится произволъ, весьма нежелательный въ дѣлѣ рѣшенія жизни человѣка. Авторъ протестуетъ противъ подобныхъ слу-

чайныхъ рѣшеній уголовныхъ дѣлъ, совершенныхъ въ состояніи опьяненія и выражаетъ желаніе болѣе точной и определенной юрисдикціи въ этомъ отношеніи. *М. С. Буба.*

**Dr. Karr**, Лечение пьянства у женщинъ. (The Treatment of female Inebriety).

Авторъ замѣтилъ чрезвычайно интересное явленіе въ соціальной жизни Англіи. Именно: пьянство у мужчинъ начало ослабѣвать, тогда какъ пьянство у женщинъ очень рѣзко усиливается. Отъ этого страна однако не выиграла, а, напротивъ, проигрываетъ. Въ самомъ дѣлѣ, наслѣдственность сильнѣе передается матерью, чѣмъ отцомъ. Затѣмъ кормилица—пьяница отравляетъ своего ребенка молокомъ въ теченіи всего періода кормленія. Воспитаніе данное пьяницей—матерью не остается безъ вліянія на нравственности дѣтей. Создавая на свѣтъ дѣтей, крайне подорванныхъ и неспособныхъ сопротивляться искушеніямъ алкоголя, убивая его нервную устойчивость въ теченіе періода кормленія, пьяница мать довершаетъ все семейнымъ воспитаніемъ, создавая безнравственныхъ уродовъ. Какія же условія спасенія этихъ погибающихъ женщинъ?—Первое, воздержаніе и полное устраненіе алкоголя. Второе условіе—усиленный трудъ, такъ какъ лѣнь есть мать пьянства. Третье—найти причину пьянства и, если возможно, принять мѣры противныя. Четвертое—употребленіе нейротоническихъ средствъ въ самомъ широкомъ смыслѣ слова, до нравственнаго перевоспитанія включительно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ леченіе можетъ производиться дома, но это весьма рѣдко и только въ началѣ, такъ какъ пьянство женщинъ сопровождается крайней скрытностью. Поэтому гораздо лучше ихъ лечить въ лечебницахъ—рабочихъ домахъ, которые для богатыхъ людей должны быть платными, для бѣдныхъ же—содержаться на общественный счетъ. Слѣдующее весьма тяжкое явленіе подмѣтилъ авторъ: женщина, пробывъ долгое время въ лечебницѣ и возвратившись домой, празднуетъ свое излеченіе постановкой бутылки на столъ и совѣстной попойкой съ мужемъ; поэтому, онъ полагаетъ, что кромѣ леченія нужно водворять въ обществѣ здоровыя идеи. *П. И. Ковалевскій.*

**Dr. Hack Tuke**, Сумашествіе въ двоѣмъ. (Folie à deux, The Brain, 1888, 1).

Авторъ находитъ, что этотъ терминъ не вполне удовлетворителенъ и предлагаетъ замѣнить терминомъ „двойственное сумашествіе“ куда онъ относитъ случаи: во 1-хъ, когда одинъ

субъектъ заражается отъ другого, уже больного, въ силу одинаковыхъ условій ихъ психической жизни; въ 2-хъ, когда второй субъектъ заражается не въ силу трансферта отъ перваго больного, а въ силу шока и напряженія отъ созерцанія даннаго человѣка и ухода за нимъ; 3-хъ, когда два, три и болѣе людей заболѣваютъ одной и той же болѣзью, вслѣдствіе однихъ и тѣхъ же причинъ,—4, когда одинъ душевнобольной заражаетъ своимъ бредомъ другого больного и 5 когда больные близнецы. Иллюстрируя первую категорію своими и чужими случаями, авторъ высказываетъ мысль, что въ этомъ отношеніи съ данными случаями аналогичны случаи двойныхъ самоубійствъ влюбленныхъ лицъ. Между прочими примѣрами авторъ приводитъ интересный случай самоубійства двухъ сестеръ. Это было въ Мюнхенѣ, спустя 11 мѣсяцевъ послѣ смерти Людовика Баварскаго. Двѣ сестры баронессы Guttенбург, одна 23, а другая 24, очень много говорили о смерти Людовика. Эти мрачные разговоры привели ихъ къ мысли покончить жизнь самоубійствомъ и въ одинъ прекрасный день ихъ нашли въ томъ же озерѣ, гдѣ погибъ Людовикъ, утонувшими, въ объятіяхъ другъ друга. — Третья категорія случаевъ хорошо иллюстрируется случаями средневѣковыхъ истерическихъ эпидемій, которыя въ большинствѣ случаевъ не доходятъ до сумасшествія и только очень рѣдко представляютъ случай folie à deux.—По мнѣнію автора, здоровый, заражающійся отъ больного сумасшествіемъ, всегда будетъ или субъектъ, нервной конституціи или вообще слабодушный. Такими субъектами въ большинствѣ бываютъ женщины. Изъ двухъ, производящихъ вліяніе субъектовъ, больше успѣха будетъ имѣть тотъ, который обладаетъ большей логикой и интеллектомъ. Чаше всего передается бредовая форма, особенно бредъ преслѣдованія и бредъ покушенія на собственность врагами. Старшій изъ субъектовъ скорѣе воздѣйствуетъ на младшихъ, особенно если послѣдній росъ подъ вліяніемъ перваго. Аналогіей тому служитъ нормальная жизнь.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Clark Bell**, Умопомѣшательство и уходъ за умопомѣшанными (*Insanity and the care of the Insane*, The medico-legal Journal, 1887).

Авторъ задается вопросомъ: что такое умопомѣшательство съ точки зрѣнія медицинской и юридической? Та и другая точка зрѣнія очень отличны. Мало того, весьма различны между собою мнѣнія отдѣльныхъ психіатровъ, настолько же различны, насколько отличны другъ отъ друга различные слу-

чая помѣшательства. Точно также различны и неопредѣленны взгляды и законодательствъ на сумашествіе. Авторъ полагаетъ, что такая разногласица будетъ существовать до тѣхъ поръ, пока не будетъ изучена вполне патологія помѣшательства. Въ дѣлѣ ухода за душевными больными возникаютъ такіе вопросы: Должно ли заключать такихъ больныхъ въ лечебницы? Позволительно ли механическое лишеніе свободы? и какой наилучшій способъ леченія неизлечимыхъ и излечимыхъ душевныхъ больныхъ? Первый вопросъ цивилизаціей разрѣшенъ утвердительно и при томъ уже давно, хотя въ послѣднее время являются отдѣльныя мнѣнія, что не всякій помѣшанный долженъ быть помѣщаемъ въ лечебницу.—Самое главное зло Американскихъ заведеній состоитъ въ томъ, что главнымъ директоромъ ихъ является не врачъ. Кромѣ того, при роскошной обстановкѣ, они однако не всегда надлежаще устроены. Что касается мѣръ стѣсненія по отношенію къ душевнымъ больнымъ, то авторъ находитъ, что въ Американскихъ домахъ умалишенныхъ система не стѣсненія дала самые прекрасные плоды. Между прочимъ авторъ горячо проповѣдуетъ систему призрѣнія душевныхъ больныхъ на дому по примѣру Gheel. Авторъ сильно негодуетъ на небрежное отношеніе суда къ преступникамъ душевно-больнымъ, которые нерѣдко въ Америкѣ появляются на эшафотѣ. „Ужасенъ видъ эшафота, да еще въ 19 столѣтіи, на которомъ казнятъ по ошибкѣ убійцу—помѣшаннаго.

*М. С. Буба.*

*Dr Crothers, Лечебницы для пьяницъ. (Inebriate Asylums).*

Нигдѣ такъ серьезно не постановлено дѣло леченія пьянства, какъ въ Америкѣ, при чемъ оно производится почти исключительно въ лечебницахъ. Эти лечебницы дѣлятся на три категоріи. Первая категорія лечебницъ устраивается обществами, при субсидіяхъ отъ штатовъ, или же на личные средства. Этотъ видъ госпиталей самый раціональный. Здѣсь пьянство считается за болѣзнь и лечатъ его по всѣмъ правиламъ требованій науки.—Вторая группа лечебницъ тоже можетъ быть открываема на средства общества, или отъ штата. Здѣсь господствуетъ теорія смѣшанная. Сюда принимаютъ тѣхъ пьяницъ, у которыхъ на почвѣ пьянства развивается какая нибудь душевная болѣзнь: легкая степень маніи, бредъ и проч. По излеченію отъ этой душевной болѣзни, субъекты считаются тутъ здоровыми и вмѣняемыми и пьянство само по себѣ будетъ, значитъ, не болѣзнь, а порокъ. Третья группа госпиталей совершенно игнорируетъ вопросъ о пьянствѣ, какъ бо-



лѣзни. Здѣсь смотрятъ на пьянство какъ на порокъ и лечатъ часто невѣжественнымъ способомъ: берутъ съ больныхъ зарокъ, стараются дѣйствовать на нихъ внушеніями, проповѣдями и проч. Первый разрядъ госпиталей стоитъ на строго научной почвѣ, онъ лечитъ пьянство, какъ всякую другую болѣзнь, — второй разрядъ имѣетъ систему смѣшанную, въ нихъ лечатъ пьянство, леча другую душевную болѣзнь, — и наконецъ, третій разрядъ даетъ совершенно отрицательные результаты. Наиболѣе популярный и распространенный видъ лечебницъ, проникшихъ и въ Европу, Англію, это лечебницы первой группы. Статистика многихъ тысячъ паціентовъ, бывшихъ въ этихъ госпиталяхъ, дала 30—40% полного выздоровленія. Главное леченіе состоитъ въ устраненіи всѣхъ причинъ (главныхъ и предрасполагающихъ), а также употребленіи тоническихъ средствъ въ широкомъ смыслѣ слова. Здѣсь практикуются ванны, успокаивающія средства, перевоспитаніе и главное—занятіе.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers**, Разстройства, причиняемая пьянствомъ и ихъ социальное научное значеніе. (The Disease of Jnebriety and its Social Science Relations).

Пьянство еще до Рождества Христова считалось болѣзнью и тѣмъ не менѣе, въ настоящее время, эта идея въ обществѣ не приобрѣла себѣ право гражданства. До сихъ поръ общество смотритъ на пьянство, какъ на порокъ. Между тѣмъ это дѣйствительно болѣзнь и болѣзнь душевная. Мы съ правомъ могли бы сказать, что это душевное разстройство съ стремленіемъ къ самоубійству, ибо страдалецъ вполне сознаетъ весь вредъ, происходящій отъ потребленія алкоголя и тѣмъ не менѣе продолжаетъ его принимать. Въ большинствѣ случаевъ дефектъ центральной нервной системы существуетъ до проявленія пьянства, но принятый алкоголь еще болѣе усиливаетъ это дефективное состояніе. Важнѣйшею причиною пьянства служитъ наслѣдственность, дающая до 60% въ области пьянства. Второю причиною служитъ травма, физическія болѣзни и потери крови. Сюда слѣдуетъ также отнести шокъ, или травму, психическіе и умственные, какъ: неожиданное горе, несчастье, неудачи и пр., которые разстраиваютъ равновѣсіе нервной системы, вызываютъ какой-то нервный параличъ, и стремленіе искать помощи въ наркотическомъ дѣйствіи алкоголя. Часто къ пьянству ведутъ также состоянія переутомленія, вслѣдствіе чрезмѣрнаго умственного или физическаго труда, при чемъ алкоголь и въ данномъ случаѣ употребляется съ цѣлью под-

держанія енергій, служа въ дальнѣйшемъ могучимъ ядомъ для организма. — Разсматривая развитіе народныхъ общинъ въ теченіи большихъ періодовъ времени, можно замѣтить въ развитіи общественнаго пьянства явленія прилива и отлива, — то оно на время чрезмѣрно усиливается, то напротивъ, ослабѣваетъ. Это особенно ясно изъ статистическихъ данныхъ тюремнаго вѣдомства (Westphal, Lunier, Morris, Bourne). Эти колебанія напряженія стремленія къ употребленію алкоголя до нѣкоторой степени служатъ намъ выясненіемъ и той временной воздержанности, которая появляется у нѣкоторыхъ привычныхъ пьяницъ. Повидимому, это не есть простая случайность, а проявленіе физическаго закона періодичности и равновѣсія, который до сихъ поръ еще очень мало изученъ. — Лица, предрасположенныя къ заболѣванію пьянствомъ, должны быть устранены отъ всѣхъ условій, дурно-вліяющихъ на ихъ организмъ, при чемъ немалую въ этомъ роль должно играть воспитаніе. Указаніе грозящей опасности и мѣръ къ ея устраненію есть наилучшее средство воспитанія, для спасенія обреченныхъ жертвъ отъ предстоящаго имъ несчастья. Отстранить одинъ алкоголь отъ даннаго субъекта еще не значитъ уничтожить болѣзнь; нужно устранить болѣзненное стремленіе къ нему и условія, вызывающія его. Отъ пьянства общество терпитъ вдвойнѣ; оно въ пьяницахъ не только лишается полезныхъ и дѣятельныхъ членовъ, но и въ будущемъ получаетъ отъ нихъ негодное потомство. Законъ, основывающійся на требованіяхъ нравственности, смотритъ на пьянство, какъ на порокъ, а не какъ на болѣзнь. Онъ наказуетъ этотъ порокъ и тѣмъ самымъ не улучшаетъ положенія, а ухудшаетъ его, низводя данное состояніе къ неизлечимости, подобно тому, какъ это дѣлалось въ прежнія времена по отношенію къ душевно-больнымъ, колдунамъ и проч. Это „законное“ наказаніе пьяницъ достигаетъ только одного: усиливаетъ пьянство и дѣлаетъ жертву неизлечимой. Такой исходъ весьма естественный. Вотъ его причины: всякій пьяница есть человекъ подорванный, — алкоголь подрываетъ его силы и того болѣе. „Леченіе“ пьяницы въ тюрьмѣ какъ по количеству, такъ и по качеству даваемой тамъ пищи плохо приспособлено къ исцѣленію хилаго организма; гигиеническое положеніе тюремъ тоже можетъ содѣйствовать только полному разстройству души и тѣла; психическое же воздѣйствіе тюрьмы можетъ только губить и тѣ зачатки добра, которые когда либо имѣлись въ субъектѣ. Обстановка и сожители

ставять жертву въ состояніе отчаянія, отъ котораго спастись весьма трудно. Единственное воздѣйствіе тюрьмы на пьяницъ— это удаленіе ихъ отъ алкоголя. Такимъ образомъ тюрьма есть факторъ, усиливающий пьянство. Къ исправленію и излеченію такихъ лицъ могутъ повести только спеціальныя лечебницы— рабочіе дома, содержимыя на счетъ акциза съ алкогольнаго сбора.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Crothers,** Нѣкоторыя наслѣдственныя психическія явленія при пьянствѣ (Certain Hereditary and Psychical Phenomena in Intebriety, The Alienist and Neurologist, 1886, 4).

Авторъ наблюдалъ очень интересное явленіе у дѣтей пьяницъ, именно: эти дѣти представляли всѣ явленія острой интоксикаціи алкоголемъ, хотя бы не употребили ни капли этого напитка. У однихъ изъ этихъ лицъ подобныя явленія бывали отъ рожденія, въ связи съ идиотизмомъ, ту-поуміемъ и другими физическими и моральными дефектами,— у другихъ же они являлись только при извѣстныхъ случаяхъ въ жизни,—но не подъ вліяніемъ употребленія алкоголя. Эти наблюденія позволяютъ сдѣлать выводъ, что настоящее явленіе есть рефлекторное отраженіе состоянія родителей въ дѣтяхъ, происшедшее въ періодъ зачатія, или въ періодъ антинатальный. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отраженіе бываетъ поразительное, до мелочей,— такъ, одна мать пьяница въ періодъ опьяненія страшно боялась собакъ. Рожденный ею ребенокъ имѣлъ видъ вполнѣ пьянаго человѣка и при этомъ всегда до конвульсій боялся собакъ. Въ другой категоріи случаевъ, люди взрослые, совершенно не пьющіе, но унаслѣдовавшіе нервную конституцію отъ родителей пьяницъ, подъ вліяніемъ сильныхъ нравственныхъ потрясеній, внезапно проявляютъ состояние опьяненія. Въ этихъ случаяхъ умственный шокъ, разрушая нормальное равновѣсіе, вызываетъ проявленіе унаслѣдованнаго нейротическаго дефекта. Авторъ приводитъ слѣдующій случай: одинъ фермеръ, совершенно трезвый и никогда непьющій, потерпѣлъ на желѣзной дорогѣ крушеніе. Его поразило не столько физическое потрясеніе, сколько нравственный ужасъ. Подъ вліяніемъ этого испуга, онъ внезапно обнаружилъ явленія остраго опьяненія, которое вскорѣ прошло. Спустя нѣкоторое время у него умеръ ребенокъ и у него повторилось тоже явленіе,— тоже было и въ третьемъ случаѣ, при чемъ онъ никогда не пилъ ничего спиртнаго. Родители его были пьяницы.—Къ этой же категоріи относятся и тѣ случаи, когда состояніе опьяненія является безъ употребле-

нія алкоголя, но у нервно-расположенныхъ лицъ, которыя прежде пили,—но за долго до нравственнаго потрясенія перестали пить. Замѣчательно то, что эти явленія бывають у лицъ, которыя прежде были пьяницами, но за тѣмъ бросили пить и поступили въ общество трезвости. Эти лица очень часто опьянѣвали послѣ произносимыхъ ими рѣчей о вредѣ пьянства. — У нѣкоторыхъ лицъ, дѣтей пьяницъ, опьяненіе развивалось отъ одного совмѣстнаго присутствія въ средѣ пьющихъ людей, хотя бы первыя нетолько теперь, но и никогда ничего не пили; иногда уже одинъ видъ пьянаго чело-вѣка вызываетъ въ нихъ состояніе опьяненія. Авторъ приводитъ интересное мнѣніе, что тѣ актеры умѣютъ на сценѣ прекрасно изображать роль пьянаго, или сумашедшаго, которые имѣютъ къ тому наследственное расположеніе.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Buttolph.** Замѣтки объ организаціи и управленіи госпиталей и пріютами для душевно-больныхъ. (Remarks on the Organization and Monagement of Hospitals and Asylums for the Insane, The Alienist and Neurologist, 1887, 4).

Авторъ полагаетъ, что для успѣшнаго веденія дѣла въ домахъ умалишенныхъ требуется единство управленія. Какъ на кораблѣ не возможно было бы допустить управленіе двумъ капитанамъ, такъ и домъ умалишенныхъ долженъ вестись однимъ директоромъ, которому подчиняется весь остальной медицинскій персоналъ. Такимъ директоромъ можетъ быть только врачъ. Ему необходимо предоставить выборъ врачебнаго персонала и всѣхъ остальныхъ служащихъ. Этимъ гарантируется успѣшное, экономичное и удовлетворительное веденіе всего дѣла. Обязанность директора—общее веденіе дѣла, при чемъ онъ не долженъ вдаваться въ частности. Исполненіе же всѣхъ частныхъ обязанностей лежитъ на его помощникахъ, которыхъ онъ собираетъ на совѣтъ и которые выполняютъ предначертанія директора, надзирающаго въ дальнѣйшемъ за точностью выполненія ими его распоряженій. Дуалистическая система управленія домами умалишенныхъ, по автору, считается абсолютно невозможной.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Edward Mann,** Патологія пьянства. (Pathology of Inebriety, Quarterly Journal of Inebriety, 1887, 4).

Пьянство выражается измѣненіемъ сенсаціи и перцепціи, измѣненіемъ эмоціи и идеации, извращеніемъ сознанія и движеній, измѣненіемъ трофическихъ или нутритивныхъ отпра-

леній и дѣятельности внутреннихъ органовъ. Въ области эмоцій наблюдаются дурное и подавленное настроеніе духа и проч. Въ области идеаціи цѣлый рядъ уклоненій, до сумашествія,—въ сознаніи—подавленность до сома. Въ области моторной наблюдаются: треморъ, дрожь, спазмы тоническіе и клоническіе, нарушенія координацій, эпилептиформные приступы и параличи. Въ области нутритивной—дегенерация ткани самого мозга, воспаленіе и гиперемія легкихъ, посѣдніе волосъ и пигментация кожи. Со стороны растительныхъ отправлений—цѣлый рядъ аномалій. Съ анатомической стороны при пьянствѣ въ мозгу встрѣчаютъ анемію, гиперемію, отеки, гнѣздныя заболѣванія, размягченія и проч. При пьянствѣ происходитъ потеря силы и тонуса нервной системы и само пьянство есть психонейрозъ. Пьянство имѣетъ прелиминарный періодъ, нейрастенический; если этотъ періодъ будетъ своевременно узнанъ, то и самая болѣзнь, путемъ надлежащаго леченія, можетъ быть предупреждена. Вотъ признаки нейрастеническаго періода: общее недомоганіе, разстроенное питаніе и ассимиляция, измѣненіе выраженія лица, вслѣдствіе мускульной атоніи, и нейралгія; иногда бывають церебральная анемія, умственная депрессія и бессонница,—обильное потѣніе и потеря нормальной эластичности кожи,—періодическая умственная адинамія, чередующаяся съ временною гипердинаміей,—физическая и умственная прострація, мускульная слабость и умственная тупость. Иногда являются: головокруженіе и спутанность мысли, а также частая диспепсія. Такимъ образомъ пьянство есть особенное нейротическое страданіе, которому предшествуетъ періодъ болѣзненной нервности. У Американцевъ существуетъ особенная уязвимость по отношенію къ спиртнымъ напиткамъ. Это происходитъ отъ усложненій жизненныхъ условій Американцевъ, при чемъ и самая нервная система является болѣе сложною, но и болѣе хрупкою. Для борьбы съ этими нервными состояніями полезны: душевная діета, постоянный церебральный токъ и нейротоническія средства. Не малымъ средствомъ, было бы предупредительное леченіе нервности у дѣтей. Если же мѣры своевременно не приняты, если такіе неустойчивые субъекты познакомятся съ алкоголемъ, то они этимъ губятъ себя окончательно. Ибо разъ испробовавъ, они идутъ по наклонной плоскости, ищутъ той поддержки, которую на моментъ даетъ алкоголь. — Авторъ полагаетъ, что пьяницы должны быть отвѣтственны предъ закономъ и онъ надѣется, что судъ имъ скоро будетъ воздавать должное. *К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Parsons**, Номенклатура въ психіатріи. (Nomenclature in Psychiatrie, The Journal of Nervous and mental Disease, 1887, 4).

Нѣкоторые американскіе авторы предлагаютъ за параноей утвердить терминъ мономаніи; авторъ же считаетъ правильнымъ замѣнить его словомъ олигоманія. Олигоманія есть страданіе, хотя потенціально поражающее всѣ умственныя способности и функціи, однако, повидимому, сосредоточивающееся преимущественно на одной какой-либо части: интеллектъ, воля и другой душевной способности. Это форма предпочтительнѣй поражааетъ интеллектуальныя способности, протекаетъ хронически и имѣетъ содержаніемъ систематизированный бредъ.

*А. П. Д.*

**Dr. Blyth**, Мозговія разстройства при свинцовомъ отравленіи (The Distribution of Lead in the Brains, The Journal of mental Science, 1888, 1).

Авторъ химически изслѣдовалъ мозги, умершихъ отъ свинцоваго отравленія работницъ свинцовыхъ фабрикъ и нашелъ въ нихъ присутствіе свинца. Имѣя въ виду, что ни одна изъ существующихъ доселѣ теорій свинцоваго отравленія не даетъ достаточныхъ объясненій, авторъ думаетъ, что свинецъ проникаетъ въ организмъ въ растворенномъ видѣ и образуетъ соединеніе съ мозговымъ кефалиномъ. Естественно, что если въ живой нервной клѣткѣ образуется подобное соединеніе, то функція ея будетъ нарушена. Въ сущности такая насыщенная свинцомъ клѣтка будетъ мертвою до тѣхъ поръ, пока не выведено будетъ патологическое соединеніе. На дѣлѣ измѣненіе клѣтокъ будетъ не структурное, а композиціонное, почему оно и не поддается микроскопическому изслѣдованію.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Parrish**, Судебная медицина пьянства. (The medical jurisprudence of Jnebriety, The Quarterly Journal of Jnebriety, 1888, 1).

Авторъ излагаетъ очень интересный случай церебральнаго автоматизма у пьяницъ. Одинъ юноша отправился къ своему пріятелю по желѣзной дорогѣ на далекомъ разстояніи. Онъ долженъ былъ возвратиться обратно вечеромъ. Покончивъ дѣла съ пріятелемъ, онъ совершенно забылъ о желѣзно-дорожномъ поѣздѣ и, проходя мимо почты, увидѣлъ запряженный чей-то кебъ. Недолго думая, онъ сѣлъ въ него и поѣхалъ домой. Ыхалъ онъ безъ всякой дороги, чрезъ рѣки и т. д. Проснувшись на другой день дома, онъ получилъ

письмо на счет лошади и кэба. Принявъ это за гнусную клевету для себя, онъ немедленно отправился въ конюшню и, къ своему величайшему удивленію и пораженію, нашелъ тамъ дѣйствительно кэбъ и лошадь, на которыхъ онъ вчера пріѣхалъ отъ пріятеля. Между тѣмъ онъ совершенно не помнитъ ничего того, что съ нимъ было. Подобный же случай авторъ приводитъ съ учителемъ. Авторъ ставитъ параллель между церебральнымъ автоматизмомъ и сомнамбулизмомъ эпилепсией. Онъ полагаетъ, что примѣненіе вѣроятности къ преступленію въ церебральномъ автоматизмѣ должно быть таково-же, какъ и въ эпилепсін, т. е. эти преступленія должны быть невѣроятны.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Macgregor**, Report on Asylum for Jnebrietas in New-Zealand. The Quarterly Journal of Jnebriety, 1888, 1).

Авторъ дѣлитъ пьяницы на четыре категоріи: 1, случайные пьяницы, которые пьютъ еще недолго и пьянство которыхъ не успѣло еще укорениться,—ихъ должно изолировать въ лечебницы—рабочіе дома для пьяницъ, гдѣ пребываніе ихъ должно быть не менѣе мѣсяца; 2, пьяницы, у которыхъ развивается уже *delirium tremens*, такихъ прежде нужно вылечить, а за тѣмъ выдержать въ рабочемъ домѣ не менѣе трехъ мѣсяцевъ; 3, пьяницы, у которыхъ алкоголь вызвалъ болѣе серьезныя нервныя разстройства,—ихъ прежде нужно вылечить отъ душевной болѣзни, а за тѣмъ выдержать въ рабочемъ отдѣленіи очень долгій срокъ; 4, пьяницы—диссоманы требуютъ очень серьезнаго леченія, такъ какъ у нихъ болѣзнь въ большинствѣ случаевъ прирожденная.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr. Whiton**, Взглядъ криминалистовъ на самоубійство. (The Penal Aspectus of Suicide, The Journal medico-legal, 1887).

Актъ самоубійства далеко не всегда и не всѣми признавался за преступленіе. Напротивъ, многіе писатели его даже оправдывали. Сенека по этому поводу говоритъ: „дастъ тебѣ жизнь радости,—живи; если же нѣтъ,—иди откуда пришелъ“. Исторія даетъ намъ массу самоубійствъ: Саулъ, Митридатъ, Цезарь, Сенека, Катонъ и т. д.,—всѣ они покончили съ собою сами. Очень многіе писатели смотрятъ на самоубійство, какъ на законное явленіе, которое обязательно должно проявиться въ извѣстномъ процентномъ отношеніи. Въ древнихъ законодательствахъ самоубійство если не допускалось,

то неособенное находило и возмездіе. Были писатели, которые считали самоубійство преступленіемъ, но не наказуемымъ. Если же иногда законъ и назначалъ строгое наказаніе за самоубійство, то, естественно, не надъ трупомъ же, а съ цѣлю предупрежденія акта самоубійства; если же наказаніе производилось надъ трупомъ, то опять таки съ цѣлю предотвращенія подражанія въ другихъ. Такъ, Плутархъ рассказываетъ, что у Милезіанскихъ дѣвъ появилась эпидемія къ самоповѣшанію. — тогда приказано трупъ каждой повѣсившейся дѣвы провозить по улицамъ обнаженнымъ и этимъ прекращена была эпидемія. Въ царствованіе Тарквинія явилась подобная эпидемія самоубійствъ путемъ низверженія сверху Капитолія и эпидемія была прекращена путемъ выставленія труповъ на сѣдѣніе птицамъ. Средніе вѣка дали законы, довольно строго относящіеся къ самоубійству: къ этому присоединились и церковно-обрядовыя строгости. Новые вѣка сгладили это, такъ: законы Австріи, Даніи, Германіи и Норвегіи лишаютъ самоубійцъ только христіанскаго погребенія. Законы Америки судятъ за покушеніе на самоубійство и не судятъ самоубійства. За то законы почти всѣхъ странъ относятся строго къ пособникамъ самоубійцъ.

*М. С. Буба.*

**Dr Searcy.** Почему люди пьютъ? Why do men drink? The Quarterly Journal of Inebriety, 1888, 1).

Авторъ останавливается на изложеніи фізіологическихъ условій душевной жизни человѣка. Затѣмъ онъ переходитъ къ вопросу о перераздражимости и переутомляемости и находитъ, что пьянство весьма часто является слѣдствіемъ стремленія заглушить крайне повышенную чувствительность и тѣмъ доставить себѣ покой и пріятное наслажденіе.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Woods,** Наши законы и наша власть. (Our Laws and our Staff, The Journal of mental Science, 1887, 4).

Авторъ жалуется на несправедливыя строгости при приѣмѣ душевно больныхъ въ дома умалишенныхъ въ Ирландіи. Директора заведеній въ этомъ отношеніи такъ мало имѣютъ правъ, что безъ магистратуры ничего не дѣлаютъ; послѣдняя же требуетъ слишкомъ явныхъ доказательствъ сумашествія. Результатомъ бываетъ цѣлый рядъ несчастій: самоубійствъ, убійствъ и т. д. Интересны приводимые авторомъ случаи. Одинъ господинъ точилъ ножъ и заявилъ пастору, что онъ точитъ его съ цѣлю зарѣзать свою жену. Этого было мало



для помѣщенія его въ домъ умалишенныхъ; но его помѣстили, когда онъ свою угрозу привелъ въ исполненіе. Еще лучше слѣдующій случай: одинъ господинъ бѣгалъ по улицѣ съ ножомъ и убилъ четырехъ человѣкъ. Всѣ считали его сумашедшимъ, но никто не хотѣлъ дать присяги, что онъ опасный больной и его оставили на свободѣ. Авторъ жалуется такъ же на крайнее ограниченіе правъ директоровъ и внутри заведеній и требуетъ введенія тѣхъ же законовъ, какъ и въ Англіи.

*М. С. Буба.*

**Dr Lloyd Francis**, Физическій трудъ на свѣжемъ воздухѣ, какъ средство леченія душевныхъ больныхъ. (Outdoor work as a remedial Agent in Insanity, The Journal of Mental Science, 1887, 4).

Если душевный больной поступаетъ въ лечебницу изъ бѣднаго семейства, то онъ охотно работаетъ въ лечебницѣ, доставляя прямую пользу и себѣ и заведенію. Не то бываетъ съ людьми состоятельныхъ классовъ. Такъ, встрѣчается противодѣйствіе какъ со стороны больного, такъ и со стороны родныхъ. Между тѣмъ для людей интеллигентныхъ, преимущественно страдающихъ умственнымъ переутомленіемъ, физическій трудъ долженъ быть обязательно предписываемъ, не взирая ни на какія препятствія. Насколько прекрасно дѣйствуетъ физическій трудъ на открытомъ воздухѣ у этихъ больныхъ—лучшимъ доказательствомъ служитъ сравненіе состоянія больныхъ во время рабочихъ дней и праздниковъ. Вопросъ,—нельзя ли физическій трудъ на свѣжемъ воздухѣ замѣнить играми на свѣжемъ воздухѣ? Авторъ разрѣшаетъ его отрицательно. Игры могутъ быть поддерживаемы всего нѣсколько часовъ,—физическій же трудъ обязателенъ на цѣлый день,—кромѣ того онъ имѣетъ за себя цѣлесообразность и разумность.

*М. С. Буба.*

**Dr Thwinig**, Американская жизнь и ея отношеніе къ пьянству. (American Life as related to Inebriety, The Quarterly Journal of Inebriety, 1888, 1).

Авторъ полагаетъ, что въ Америкѣ пьянство несравненно болѣе развито, чѣмъ въ какой либо другой странѣ. Тамъ оно и наилучше изучено, тамъ впервые начали строить дома для пьяницъ, тамъ наиболѣе примѣнено законодательство по отношенію къ пьяницамъ. Сильному развитію пьянства въ Америкѣ способствуютъ нѣкоторые обстоятельства, присущія почти исключительно Америкѣ. Это будутъ: рѣзкія и чрезвычайныя колебанія температуры, такъ напр. въ теченіи 24 ч. въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Америки бываютъ колебанія съ 25° на 125° F. Естественно, что такія быстрыя и чрезмѣрныя

колебанія не можуть не остаться безъ вліянія на первную систему людей. Точно также колебанія въ напряженіи электричества, движенія вѣтра и барометрическія колебанія въ Америкѣ нерѣдко выходятъ изъ ряда обыкновенныхъ. Не безъ вліянія на первную систему остаются и психическія воздѣйствія: въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоятъ условія цивилизаціи: колебанія курса, телеграфы, телефоны, газеты и т. д. все это гонитъ жизнь невѣроятно впередъ. Нигдѣ такъ не заинтересованы люди часами, по которымъ они постоянно справляются о времени, какъ въ Америкѣ. Разумѣется, дѣло не въ часахъ, а въ стремленіи въ возможно короткій промежутокъ времени сдѣлать возможно больше дѣла. Нѣтъ ничего удивительнаго, что такая чрезмѣрная скачка жизни побуждаетъ жителей искать себѣ искусственной поддержки въ алкогольѣ. Страшная конкуренція, быстрая нажива и быстрыя потери состоянія нигдѣ не представляютъ столь обычнаго явленія, какъ въ Америкѣ. Унаслѣдовавъ чрезмѣрно напряженную первную организацію, Американская молодежь подвергается весьма неправильной системѣ воспитанія, еще болѣе усиливающей нервное перенапряженіе. Чрезмѣрная политическая борьба также нерѣдко служитъ поводомъ къ пьянству. Всѣ вышеуказанныя условія нигдѣ не достигаютъ такой интензивности, какъ въ Америкѣ, поэтому не удивительно, что Американская жизнь порождаетъ въ своихъ обитателяхъ нейрозъ, вслѣдствіи котораго они ищутъ себѣ поддержки и энергіи въ алкогольѣ.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Shepard.** Горячія воздушныя ванны при пьянствѣ. (*Hot Air Bath in Inebriety, The Quarterly Journal of Inebriety, 1888, 1.*)

**D-r Wright** говоритъ, что пьянство есть гражданская смерть и было бы очень желательно, чтобы законъ такъ именно смотрѣлъ на дѣло. Общество должно быть защищено отъ пьяницъ, но еще болѣе пьяница—отъ алкоголя. По мнѣнію автора, проклятіе настоящаго вѣка состоитъ въ неуѣренной жаждѣ возбуждающихъ. Ни одинъ изъ отравляющихъ препаратовъ не дѣйствуетъ такъ губительно на центральную первную систему, какъ алкоголь. Разрушая же первную систему, онъ дѣйствуетъ на всѣ проявленія ея и въ томъ числѣ на нравственность. Если бы мы нашли средство, дѣйствующее очищающимъ образомъ на кровь, то мы тѣмъ самымъ дѣйствовали бы очищающимъ образомъ и на всю центральную первную систему, а, слѣдовательно, и на ея отправленія. Такое средство онъ видитъ въ высокой температурѣ Турец-

кихъ бань. При этомъ происходитъ повышенная циркуляція крови и чрезмѣрное выдѣленіе водяныхъ паровъ вмѣстѣ съ продуктами регрессивнаго метаморфоза тканей. Этимъ путемъ онъ надѣется выводить и тѣ патологическіе продукты, которые образовались подъ вліяніемъ съ одной стороны алкоголя, съ другой—тѣхъ патологическихъ условій, при которыхъ возникла самая болѣзнь. Но мимо этой прямой пользы для организма, авторъ усматриваетъ въ этомъ способѣ и другую полезную сторону,—именно, что благіе результаты для организма получаются безъ введенія въ него лекарственныхъ веществъ, далеко не всегда для организма индифферентныхъ.

*К. Н. Ковалевская.*

**D-r Wright.** Личная отвѣтственность при аффектахъ алкогольнаго характера. (*The Quarterly Journal of Jnebriety*, 1888, 1).

Алкоголь есть ядъ, дѣйствующій разрушительнымъ образомъ на весь организмъ и особенно на нервную систему. Въ начальныхъ стадіяхъ онъ нарушаетъ питаніе центральной нервной системы,—въ послѣдующихъ—самую структуру нервной системы. Въ первомъ случаѣ въ поступкахъ и дѣйствіяхъ человека животныя страсти царятъ надъ разумомъ; во второмъ случаѣ, въ силу разстройства самой структуры ткани, человекъ низводится на низшую степень, но личность измѣняется и онъ становится не отвѣтственнымъ. *П. И. К.*

**D-r Osler.** Замѣтка о нитро-глицеринѣ въ эпилепсін. (*Note on nitro-glycerine in epilepsy, The Journal of Nervous and mental Disease*, 1888, 1).

Употребленіе нитроглицерина при эпилепсін приписывается Weir Mitchell'ю и Hammond'у. D-r Campbell говоритъ о хорошемъ вліяніи нитроглицерина при эпилепсін. Авторъ пробоваъ его какъ при *epilepsia grand-mal*, такъ и при *epilepsia petit-mal*. Въ томъ и другомъ случаѣ онъ наблюдалъ хорошіе результаты, въ видѣ улучшенія, но никогда почти не получалъ полного выздоровленія. Авторъ рекомендуетъ его давать въ перерывахъ между леченіемъ бромами, когда послѣдніе начинаютъ дѣйствовать слабѣе. *П. И. К.*

**Prof. Wille,** Ученіе о сумашествіи (*Die Lehre von der Verwirrtheit, Archiv f. Psychiatrie*, B. XIX. II. 2).

Подъ этимъ именемъ авторъ описываетъ болѣзнь, которая до сихъ поръ была опубликована Esquirol'емъ подъ именемъ *La démence*,—Meynert'омъ—*Acute hallucinatorische Form des Wahnsinns*,—Westphal'емъ—*Acute primäre Verrücktheit*,—Mendel'емъ—*Mania hallucinatoria*,—Newington'омъ—*Delusional*

Stupor,—Tilling'омъ—Dementia generalis acuta et subacuta. Esquirol описалъ состояніе деменціи въ слѣдующемъ видѣ: это есть безлихорадочное и хроническое пораженіе мозга, выражающееся ослабленіемъ дѣятельности чувствъ, ума и воли,—безсвязностью представленій и недостаткомъ интеллектуальной и моральной дѣеспособности. Перцепція и апперцепція мышленія, сужденіе и память при этомъ также бываютъ поражены. Чувства и страсти являются безцвѣтными. Heinroth, Jodeler, Spilmann, Wachsmuth, Neumann, Griesinger даютъ уже понятіе объ этой болѣзни, представляя ее, то первичною, то болѣе ясною вторичною. Emminghaus подъ именемъ Verwirrtheit понимаетъ вторичное состояніе общаго сумашествія; но рядомъ съ этимъ онъ допускаетъ случаи остраго сумашествія и остраго ступора, какъ формы періодическаго сумашествія, (тоже, что понималъ Esquirol подъ именемъ dementia intermittens). По мнѣнію автора, Kahlbaum, въ своемъ ученіи о кататоніи, далъ новый толчекъ для изложенія вновь этой клинической формы болѣзни. Meynert описываетъ случаи внезапнаго, афазическаго сумашествія, съ переходомъ въ слабоуміе, которые онъ сводитъ на encephalitis. Samt описывая эпилептическія формы, между прочимъ описываетъ и настоящую болѣзнь, въ формѣ moria. Тщательное описаніе этой формы даетъ Fürstner въ своей работѣ о пуэрперальныхъ психозахъ подъ именемъ остраго замѣшательства, отличая ее отъ острой маніи и отъ остраго первичнаго помѣшательства, вслѣдствіе бредовыхъ представленій, при чемъ часто эта болѣзнь переходитъ въ ступоръ. Fritsch описываетъ эту форму въ тѣхъ случаяхъ, когда сознаніе испытываетъ колебанія и беспорядочность по отношенію къ составляющимъ его представленіямъ, съ массою галлюцинацій. Онъ различаетъ сумашествіе идиопатическое и симптоматическое. Meynert отличаетъ эту форму болѣзни тѣмъ, что ея бредъ характеризуется безсвязностью и не систематичностью, исходной точкой котораго служатъ галлюцинаціи. Тоже высказываютъ Schlangenhäuser и Konrad. Krafft-Ebing излагаетъ въ этомъ отношеніи то, что уже сдѣлано до него Meynert'омъ и его учениками. Особеннымъ развитіемъ ученія объ этой болѣзни, по мнѣнію автора, мы обязаны Meynert'у и его ученикамъ. Французскіе и англійскіе писатели не дали въ этомъ отношеніи ничего новаго.—Болѣзнь эта, по автору, является довольно часто, чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ, при чемъ предрасполагающимъ моментомъ часто служатъ физическія ослабляющія усло-

вія. Наслѣдственность въ психическомъ смыслѣ мало имѣетъ значенія и гораздо больше значенія имѣють физическіе врожденные дефекты, въ формѣ рахита и проч., а также физическіе дефекты инфантильнаго возраста. На второмъ планѣ стоятъ нарушенія въ питаніи организма въ зрѣломъ возрастѣ, напр. вслѣдствіе лихорадочныхъ процессовъ, многихъ родовъ, анеміи проч. Meunert сюда же причисляетъ сильныя аффекты, умственное перенапряженіе и истощеніе мозга, вслѣдствіе инаніціи и школьнаго переутомленія. Авторъ приписываетъ большое значеніе аффектамъ, какъ психическому шоку: гнѣву, несчастьемъ и пр. Болѣзни всегда предшествуетъ періодъ предвѣстниковъ; отъ нѣсколькихъ часовъ, до нѣсколькихъ дней, недѣль и мѣсяцевъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда этотъ періодъ длится недолго, являются: головная боль, отсутствіе аппетита, жаръ головы, бессонница, тяжелыя сновидѣнія, часто тоскливость и возбужденность,—кромѣ того измѣнчивость въ настроеніи духа и безпокойство безъ всякихъ причинъ, а также скоропроходящія галлюцинаціи. Въ болѣе продолжительныхъ случаяхъ продромальнаго періода наступаетъ постепенное измѣненіе человѣка: дурное настроеніе духа, подавленность, раздражительность, внезапное появленіе душевнаго расстройства, склонность къ сосредоточенности и угрюмости,—больными овладѣваетъ какая-то нерѣшимость, страхъ, предчувствіе чего-то дурного,—временами появляется затрудненіе мышленія и ослабленіе памяти,—иногда прорывается весьма короткое состояніе замѣшательства. Тѣлесно чувствуется: утомленіе и разбитость, головокруженіе и другія непріятныя ощущенія, раздражительность и неровный аппетитъ, а также неправильности со стороны кишечника,—исхуданіе, плохой виѣшній видъ, плохой сонъ, много тяжелыхъ сновидѣній, во снѣ вздрагиванія и испугъ, утромъ дурное расположеніе духа. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни появляются иллюзіи и галлюцинаціи. Переходъ этого продромальнаго періода въ самую болѣзнь совершается очень быстро подъ вліяніемъ галлюцинацій, или расстройства сознанія, вслѣдствіе нутритивныхъ нарушеній. Характеръ этого наступающаго состоянія напминаетъ собою острую *raganoia* или *mania*—*Tobsucht*, или *delirium acutum*, или *melancholia agitata*. Главнѣйшимъ же образомъ это есть состояніе общаго, въ высокой степени сильнаго, возбужденія. Часто это состояніе представляетъ собою какъ бы смѣшеніе всѣхъ этихъ формъ. Гораздо рѣже болѣзнь начинается хронически и много напминаетъ первичное помѣшательство, отличаясь отъ него

особенно жестикуляціями, свойственными кататоніи. Теченіє болѣзни бываєть или ремитирующее, или пароксизмообразное, или циркулирующее. Длительность болѣзни нѣсколько дней, недѣль, мѣсяцевъ и лѣтъ. Исходъ: 1, выздоровленіе, наступающее постепенно, съ нѣкоторой депрессіей и съ потерей воспоминанія; 2, переходъ въ хроническое теченіе съ исходомъ однако въ выздоровленіе, даже послѣ многихъ лѣтъ болѣзни; 3, переходъ въ хроническое теченіе съ постепеннымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей, въ которомъ смѣняють друга друга апатія, ступоръ и возбужденіе; 4, смерть отъ истощенія, или отъ другихъ побочныхъ болѣзней, или отъ *delirium acutum* (Krafft-Ebing).—Въ патолого-анатомическомъ отношеніи находили: анемію, гидремію, *hydrocephalus*, *meningitis* и легкую атрофію мозга, — всѣ явленія свойственныя функціональнымъ заболѣваніямъ; однако атрофія мозга въ этомъ случаѣ бываєть настолько рѣзко выражена и настолько больше, чѣмъ въ другихъ дегенеративныхъ психозахъ, что эту форму можно считать переходною формою къ психозамъ съ органическими расстройствами. Анатомическія явленія эти напоминають также *delirium acutum*. Сумашествіе есть острая, чаще подострая и нерѣдко хроническая функціональная болѣзнь мозга, начинающаяся почти всегда острымъ галлюцинаторнымъ стадіемъ, въ дальнѣйшемъ же характеризующаяся умственной неясностью, спутаннымъ бредомъ, безцѣльнымъ безпокойствомъ, чередующимся съ интеркурирующимъ возбужденіемъ и ступорознымъ состояніемъ; всѣ эти явленія сопровождаются массою галлюцинацій, которыхъ тѣмъ больше, чѣмъ больной возбужденнѣе. Содержаніе бреда можетъ быть веселое, грустное, тоскливое, раздраженное или же смѣшанное. Спеціально въ области психической наблюдаютъ: способность воспріятія и вниманія крайне понижена, — они мало понимаютъ окружающую обстановку. Рѣчь быстрая и обильная, но совершенно безсвязная, спутанная и бессмысленная; часто слова не могутъ послѣдовать за мыслію, — другой же разъ мысли идутъ съ трудомъ и медленно. По содержанію ихъ рѣчи видно, что они не понимаютъ дѣйствительности и смѣшиваютъ настоящее и прошедшее, — они живутъ своимъ фантастическимъ содержаніемъ, почти всегда смѣляющимся и весьма рѣдко фиксированнымъ. Чувственная область иногда является повышенной, — въ большинствѣ же подавленной. Внѣшняя обстановка скользитъ мимо нихъ. Нерѣдко у нихъ проявляется пугливость, тоска и страхъ.

Внѣшнее поведеніе безсмысленно и странно; хотя и здѣсь сильно выражено отсутствіе цѣлесообразности и является достаточное количество механическихъ, безцѣльныхъ движеній и жестикуляцій. Часто у этихъ больныхъ являются галлюцинаціи и фантазмы, содержаніе которыхъ весьма разнообразно и отъ которыхъ зависитъ и само поведеніе больныхъ; хотя нельзя утверждать для всѣхъ случаевъ, чтобы вся психическая жизнь обусловливалась только ими. Равно сильно вліяютъ на психическую жизнь и чувственные разстройства (Fritsch, Esquirol). Кромѣ всего этого бываютъ приступы тоски, ярости, ступора и кататоніи. Со стороны физической часто обнаруживается слабость, моторная неувѣренность, иногда tremor, колебанія, слабость сердца и пульса, нерѣдко въ связи съ субнормальной температурой, — а въ началѣ болѣзни, напротивъ, иногда замѣчается легкое повышение температуры. Языкъ часто обложенъ, отсутствіе аппетита, fetus ex ore, нарушеніе пищеваженія, отказъ отъ пищи, а иногда прожорливость. Питаніе организма быстро падаетъ. Больные испытываютъ давленіе въ головѣ и головокруженіе, боли въ конечностяхъ, — въ уринѣ нерѣдко бѣлокъ, а иногда и сахаръ; количество фосфатовъ увеличено, — аменоррея, или другія аномаліи менструацій, — судорги, конвульсіи; автоматическія движенія и т. д., — безсонница, или сонливость. Вѣрнѣйшимъ признакомъ при діагнозѣ служитъ разстройство и подавленность сознанія. — Отличіемъ отъ mania transitoria служитъ быстрое теченіе маніи, — эпилептическое же буйство отличается какъ анамнестическими данными, такъ и характеромъ ступора. Melancholia agitans легко отличается достаточнымъ наблюденіемъ. Относительно острой параной авторъ сомнѣвается — дѣйствительно ли существуетъ такая форма и не принимали ли за нее легкую форму сумашествія съ нѣкоторыми фиксированными идеями. Dementia acuta нерѣдко начинается острымъ проявленіемъ сумашествія и за тѣмъ протекаетъ какъ деменція (Newington). Явленія сумашествія при прогрессивномъ параличѣ отличаются признаками, свойственными этой болѣзни. Авторъ не дифференцируетъ этой болѣзни отъ delirium acutum потому, что послѣдній очень часто наступаетъ въ теченіе этой болѣзни. Предсказаніе у различныхъ авторовъ различно. Krafft-Ebing наблюдалъ 70% выздоровленія, Meunert же 44, 5%, — къ послѣднему присоединяется и авторъ. Благопріятное предсказаніе въ острыхъ случаяхъ (Esquirol), — несравненно худшее при хроническомъ теченіи болѣзни; иногда излеченіе бываетъ послѣ многихъ лѣтъ

болѣзни (Meynert, Kahlbaum, Wille), — смертность 8, 6% (Meynert). Для леченія больныхъ авторъ не даетъ особыхъ специальныхъ показаній.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr. Thomsen**, Случай травматическаго рефлекторнаго психоза (Ein Fall von traumatischer Reflexpsychose, Centralblatt f. Nerveneheilkund. № 4).

Авторъ сообщилъ въ Берлинскомъ психіатрическомъ обществѣ очень интересный случай рефлекторнаго психоза. Дѣло идетъ о солдатѣ, 42 лѣтъ, который въ 1870 г. получилъ стрѣльную рану въ плечо, съ пораженіемъ п. radialis. Рана эта зажила и 14 лѣтъ не давала о себѣ знать. Но въ 1884 г. появилась боль въ этомъ плечѣ и всякій разъ съ этими болями являлся приступъ остраго галлюцинаторнаго помѣшательства, прекращавшійся съ прекращеніемъ нейралгій. Въ началѣ промежутки между отдѣльными приступами бреда были свѣтлыя, но за тѣмъ они все болѣе и болѣе темнѣли. Содержаніе бреда было зоотическое. По извлеченіи рубца, служившаго исходной точкой для нейралгій, приступъ галлюцинаторнаго помѣшательства длился только первые 24 часа и затѣмъ душевное расстройство исчезло совсѣмъ. Эпилепсія у даннаго субъекта не было; но за то была тяжелая психопатологическая наслѣдственность.

*И. Я. Платоновъ.*

**Dr Edinger**. О значеніи Corpus striatum. (Ueber die Bedeutung des Corpus striatum, Archiv f. Psychiatrie, B. XIX, N. 1).

Пользуясь современными способами изслѣдованія, трудно рѣшить: выходятъ ли изъ Corpus striatum волокна, или же они сквозь него проникаютъ? Исторія развитія органовъ въ этомъ случаѣ тоже мало даетъ данныхъ. Прекраснымъ пособникомъ въ этомъ случаѣ служатъ мозги нѣкоторыхъ рыбъ, амфибій и рептилій, у которыхъ мозгъ содержитъ мало волоконъ связанныхъ съ мозговымъ покровомъ. У нихъ главная часть передняго мозга состоитъ изъ corpus striatum, въ которомъ находятся шарообразныя ядра. Изъ этого ядра у рептилій развиваются сперва ряды гангліозныхъ клѣтокъ, направляющихся въ мозговую покровъ; такимъ образомъ у этихъ животныхъ отсутствуетъ лучистая корона и на нихъ легко доказать, что изъ corpus striatum выходитъ значительный пучекъ волоконъ, приблизительно отъ хвостатой части, при чемъ нѣжныя волокна направляются къ med. oblong., — а грубыя волокна — къ Thalamus opticus, — отсюда же происходитъ новый пучекъ. Передъ Thalamus лежитъ commissura соединяющая передне-мозговые пучки.

*И. Я. Платоновъ.*



**D-r Neisser.** О врожденномъ первичномъ помѣшательствѣ. (Ueber die originäre Verrücktheit, Archiv f. Psychiatrie, B. XIX, N. 2).

Авторъ касается группы первичнаго помѣшательства, описаннаго Sander'омъ подъ именемъ врожденнаго помѣшательства. Авторъ находитъ, что для всѣхъ этихъ случаевъ характернымъ является бредъ больныхъ ихъ происхожденіи изъ царскихъ или знаменитыхъ семействъ. Это состояніе Krepelin объясняетъ обманомъ воспоминаній,—авторъ же думаетъ, что въ этихъ случаяхъ играетъ серьезную роль параноическое бредовое объясненіе. Патологическая наслѣдственность не должна служить исходной точкой для постановки даннаго діагноза, почему и самое названіе „originäre Verrücktheit“, данное Sander'омъ, авторъ считаетъ неправильнымъ. Авторъ считаетъ болѣе правильнымъ названіе „Paranoia или Paranoesys confabulans“, отличительныя черты котораго: 1) большое количество обмановъ чувствъ и общихъ параноическихъ симптомовъ,—2) масса ошибочно-подставленныхъ воспоминаній и 3) бредовыя идеи о происхожденіи. *К. Н. Ковалевская.*

**D-r Wildermuth.** Объ осложненіяхъ идиотіи. (Ueber die Complicationen der Idiotie, Zeitschr. die Behandlung Schwachsinn und Epilept., 1887).

Авторъ на многочисленномъ матеріалѣ изучалъ различнаго рода осложненія идиотіи другими психическими расстройствами. Сплошь и рядомъ бываетъ такъ, что развивающіеся психозы находятся въ гармоніи съ обычнымъ состояніемъ психическаго тонуса больныхъ: на почвѣ депрессивной развиваются меланхолическія формы,—на почвѣ экзальтированной — маниакальныя. Но и тѣ и другія комбинаціи никогда не достигаютъ своего полнаго развитія, а всегда остаются въ формѣ элементарной, отрывочной и рудиментарной. Тоже самое можно сказать и о первичномъ помѣшательствѣ,—оно никогда не является въ строго систематической формѣ, а отрывочно, и не слѣдуетъ въ своемъ развитіи обычному ходу бреда. Галлюцинаціи—явленіе рѣдкое,—за то чаще бываютъ насильственныя явленія. Что касается времени появленія психозовъ, то меланхолія и манія чаще являются уже въ ранніе годы жизни и за тѣмъ съ колебаніями остаются на всю жизнь,—первичное же помѣшательство является позже. *С. Н. Савѣтовъ.*

**D-r Jelgersma.** Къ патогенезу эпилепсіи. (Centralbl. f. Nervenheilk., № 5).

Авторъ высказываетъ положеніе, что эпилепсія есть проявленіе кортикальных поражений. Къ этому выводу онъ до-

ходить на основаніи слѣдующихъ соображеній: корковое раздраженіе вызываетъ безсознательное состояніе и судорги, т. е. явленія, свойственныя эпилепсін; далѣе, экспериментально извѣстно, что бромистые препараты дѣйствуютъ подавляющимъ образомъ на дѣятельность корки, — точно также они дѣйствуютъ и на приступы эпилепсін. Далѣе извѣстно, что эпилепсія очень часто комбинируется явленіями идиотизма, слабоумія и проч., т. е. явленіями, имѣющими исходный своимъ пунктомъ мозговую корку. Правда, эти пораженія бывають не всегда органическаго свойства и аутопсія далеко не всегда даетъ хорошіе результаты; но это-то и даетъ возможность предположить, что въ однихъ случаяхъ эпилепсін пораженія корки могутъ быть органическія, а въ другихъ вазомоторныя.

*Я. А. Давидовъ.*

**Dr Warfwinge.** Случай mixoedem'ы. (Centralbl. f. Nervenheilkunde. N 5).

Начало болѣзни произошло на 19 г. у совершенно здороваго человѣка, происходящаго изъ здороваго семейства, который злоупотреблялъ алкоголемъ. Началась болѣзнь общей усталостью, болями въ костяхъ и проходящей диплопией. Вскорѣ къ этому присоединились: ступидное состояніе самочувствія, постепенное напуханіе ногъ, а потомъ и всего тѣла, мускульная слабость и постепенно развивающееся ослабленіе интеллекта. Спустя три мѣсяца по поступленіи въ госпиталь, лицо было опухшее, безъ выраженія, все тѣло также опухшее, однако не эдематозное, кожа всюду инфильтрирована, уплотнена, суха, сѣро-грязнаго цвѣта, щеки и губы слегка цианотичны, щитовидная желѣза совершенно отсутствуетъ; настроеніе духа апатическое, плохая память, замедленный ходъ представленій; чувствительность не измѣнена, сонъ хорошій, аппетитъ, стулъ, урина и температура — нормальны. Лечение состояло въ ежедневныхъ теплыхъ ваннахъ и приемахъ sol. arsen. Fowl. Здоровье скоро поправилось, умственная мощь возвратилась и больной ушелъ почти здоровымъ.

*Я. А. Давидовъ.*

**Dr Droeze.** Психозы и болѣзни почекъ. (Centralblatt f. Nervenheilk, № 5).

Авторъ полагаетъ, что, на основаніи литературныхъ данныхъ, страданія почекъ очень рѣдко служили комбинаціей психозовъ и еще рѣже служили ихъ причиной. Однако едва ли это вѣрно въ виду того, что въ теченіи одного года онъ наблюдалъ три подобныхъ случая, изъ которыхъ два относи-

лись къ первой категоріи, а одинъ ко второй, гдѣ въ теченіи субакутнаго пораженія почекъ развился бредъ первичнаго помѣшательства, скоро прошедшій. *Я. А. Давидовъ.*

**Dr Neisser.** О кататоніи. (Ueber die Katatonie, 1887).

Авторъ является послѣдователемъ Kahlbaum'a и описываетъ двѣнадцать случаевъ кататоніи. Правда, не всѣ эти случаи одинаково рельефно изображаютъ картину этой болѣзни и не всѣ даже съ одинаковой достодолжностью могутъ быть отнесены къ этой формѣ болѣзни. Подъ именемъ кататоніи, подобно Kahlbaum'у, авторъ разумѣетъ такую форму болѣзни, которая представляетъ довольно рѣзкую періодичность теченія и смѣны одного періода другимъ. Такихъ періодовъ бываетъ обыкновенно три, но можетъ быть четыре и пять. Первый періодъ характеризуется меланхолической депрессіей, которая затѣмъ можетъ перейти во второй періодъ въ формѣ оцѣпенѣнія и закончиться третьимъ періодомъ — слабоуміемъ. Въ иныхъ же случаяхъ меланхолическій періодъ переходитъ въ маниакальное возбужденіе, доходящее иногда до буйства, которое или заканчивается уже оцѣпенѣніемъ и слабоуміемъ. —или же періоду слабоумія иногда предшествуетъ состояніе сумашествія (Verwirrtheit). Авторъ въ кататоніи приписываетъ особенное значеніе состоянію угнетенія съ оцѣпенѣніемъ и случаи *melancholia attonita* онъ относитъ всѣ къ этому состоянію. Разсматривая отдѣльные симптомы кататоніи, Neisser обращаетъ особенное вниманіе на состояніе нѣкоторой степени *flexibilitas cerea*, остающееся за тѣмъ до нѣкоторой степени и въ слабоуміи. Въ двигательной же области наблюдаются особенныя позы, мимика и отдѣльные акты, такъ напримѣръ качанье головой, особенныя гримасы, особенный типъ походки, характерное сжатіе губъ, — появляющіеся почти во всѣхъ фазахъ кататоніи. Нѣкоторые признаки N. считаетъ для кататоніи патогномоническими и въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ онъ ставитъ стремленіе къ противодѣйствию какъ активному, такъ и пассивному, которое обнаруживается какъ въ отношеніяхъ къ пищѣ, такъ и въ движеніяхъ. Рѣчь кататониковъ представляетъ двѣ особенности: или они молчатъ, — или же болтливы, при чемъ иногда повторяютъ одну и ту же фразу, одно и тоже слово (*verbigeratio*).

*П. И. Ковалевскій.*

## СМѢСЬ.

\* D-r Кегг, президентъ Англійскаго общества для изученія пьянства, открылъ курсъ лекцій о пьянствѣ и его леченіи въ помѣщеніи Лондонскаго Медицинскаго общества съ 12 января 1888 года. — а D-r Crothers приглашенъ на двѣ лекціи на ту же тему въ Албанскій Медицинскій College. Это будутъ первыя попытки устнаго научнаго изложенія даннаго предмета (Quart. Journ. of Inebr., 1888, 1).

\* Французскіе психіатры, по примѣру русскихъ и нѣмецкихъ, намѣрены образовать съѣзды психіатровъ. Эти съѣзды они думаютъ собирать ежегодно. При этомъ предполагается дѣлать сообщенія не по впередъ назначеннымъ темамъ, а случайныя сообщенія. Отъ души желательно, чтобы эти съѣзды приняли характеръ товарищескихъ съѣздовъ Германіи и подальше были бы отъ чиновничества (Annal. medico-psycholog., 1888, 2).

\* Féré указываетъ на то, что мечтательность и фантазія могутъ довести человѣка до систематическаго бреда. Онъ приводитъ подобный случай. Это былъ юноша съ психической наслѣдственностью. Въ дѣтствѣ онъ очень любилъ мечтать и фантазировать и при этомъ уносился настолько въ своей фантазіи, что совершенно забывалъ объ интересахъ реальной жизни. Съ теченіемъ времени это нѣсколько улеглось. Онъ женился, имѣлъ дѣтей и велъ большое предпріятіе. Въ последнее время онъ однако опять началъ сильно задумываться и изъ этой задумчивости его выводили только сильные импульсы. Часто онъ велъ дѣла чисто механически, почему совершенно забывалъ подробности и помнилъ только крупныя факты. Однажды къ его конторѣ зашелъ одинъ господинъ и обратился къ больному съ вопросомъ: гдѣ господинъ такой-то, назвавъ при этомъ его самого. На это онъ отвѣчалъ: „его нѣтъ, онъ въ Chaville“. Такой механическій отвѣтъ страшно его испугалъ и впослѣдствіи онъ открылъ врачу слѣдующее: уже нѣсколько лѣтъ онъ предается мечтательности и увлекается настолько, что совершенно остается равнодушнымъ къ предметамъ внѣшняго міра, живя жизнью и интересами своей мечты. Въ своихъ мечтахъ онъ купилъ себѣ кусочекъ земли около Парижа. Тамъ онъ устроилъ себѣ виллу Chaville. Потомъ прикупилъ еще земли и дѣса, — выкопалъ прудъ, выстроилъ замокъ, устроилъ великолѣпно комнаты, обзавелся сожительницей, отъ которой онъ имѣлъ уже двухъ дѣтей. Онъ очень любилъ свою сожительницу и дѣтей и очень горевалъ, что они стоятъ внѣ брака. Онъ совершенно охладѣлъ къ настоящей своей женѣ и дѣтямъ и жилъ только женою и дѣтьми своей мечты. Онъ постоянно украшалъ имъ замокъ, ѣздилъ за различными покупками и подарками и т. д. Подъ влияніемъ этой мечты онъ совершенно забылъ о своихъ дѣлахъ, занимался ими чисто механически и велъ все какъ во снѣ. Когда его настоящая жена ска-

зала однажды доктору, что ея мужъ былъ въ церкви очень разсѣлять, то онъ отвѣчалъ на это: „да, я дѣйствительно сошелъ съ ума; потому что жена говорить, что я былъ въ церкви, я же бы сказалъ, что я въ это время ѣхалъ въ Версаль купить цвѣтовъ для Chavill'я“.

\* Krafft-Ebing употреблялъ подкожныя впрыскиванія метилала при delirium tremens и считаетъ его за лучшее успокоительное и снотворное средство въ этихъ случаяхъ. Для подкожныхъ инъекцій онъ бралъ 1 часть на 9 частей воды, такъ что шприцъ содержалъ въ себѣ 0,1 gtm. средства. Methyalal представляетъ собою безцвѣтную, легко подвижную, летучую, кипящую при 42° C., жидкость, удѣльнаго вѣса 0,855, растворяется въ трехъ частяхъ воды, затѣмъ въ алкоголь, эфиръ, въ жирныхъ и эфирныхъ маслахъ. Запахъ отчасти походитъ на хлороформъ, а отчасти на указанный эфиръ, вкусъ жгучій, ароматическій. Этимъ средствомъ при delirium tremens всегда можно достигнуть прекраснаго сна. Всего удобнѣе назначать средство каждые 2 часа по 0,1 gtm. пока не наступитъ продолжительный сонъ. Наибольшій приемъ внутрь 5—8 gtm. Его считаютъ хорошимъ снотворнымъ средствомъ при мозговыхъ анеміяхъ,—при гипереміяхъ же метилалъ оказывается неэффективнымъ. Онъ не оказываетъ на мозгъ дѣйствія, подобнаго опію (Еженедѣльн. клинич. газ., ст. 132).

\* D-g Wagner, на основаніи своихъ наблюденій, рекомендуетъ при леченіи сперматореи употребленіе фаррадическаго тока тамъ, гдѣ сперматорея имѣетъ происхожденіе въ сексуальныхъ эксцессахъ, особенно же въ онанизмѣ,—въ случаяхъ же воспалительнаго характера, гдѣ процессъ переходитъ на duct. ejaculator. съ сосѣднихъ частей, съ успѣхомъ примѣняется мѣстная гальванизация по способу Erb'a. При этомъ нужно предпочитать Ка въ rectum (Centralblatt f. Nervenhe., 5).

\* Кнарр изслѣдовалъ дѣйствіе стенокарпина, добываемаго изъ листьевъ *gleditschia triacanthus*, растущаго въ Виргиніи, и нашель: 1) стенокарпинъ, по своему мѣстно анестезирующему дѣйствию, очень походитъ на кокаинъ,—но какъ mydriaticum дѣйствуетъ сильнѣе и продолжительнѣе; 2) какъ mydriaticum его можно предпочесть атропину, такъ какъ его дѣйствіе вдвое меньше длится, чѣмъ атропина; 3) на здоровую кожу оно не производитъ анестезіи; 4) маленькія дозы (4 капли 2% раствора) могутъ вызвать симптомы похожіе на тѣ, которые вызываются дѣйствіемъ кокаина; 5) большія дозы вызываютъ сильныя тетаноидныя судорги, расширеніе зрачковъ, ускореніе пульса и дыханія, протрацію; 6) впрыснутый въ вены онъ быстро обуславливаетъ смерть отъ паралича сердца и дыхательныхъ органовъ (Centr. f. Nervenheilk, № 5).

\* Mairet и Combemale изслѣдовали антипиринъ, какъ снотворное средство у душевно-больныхъ. Они давали до 4 gtm. и онъ не оказывалъ никакого дѣйствія,—6—8 gtm. тоже оставались безъ успѣха у паралитиковъ и деменсовъ и оказывали болѣе вліятельные результаты у делириковъ и эпилептиковъ (Neurologisches Centralblatt № 5).

\* Kargewski сдѣлалъ сообщеніе въ Берлинскомъ медицинскомъ обществѣ объ Erythrophloin'ѣ, какъ анестезирующемъ средствѣ. Подкожное впрыскиваніе этого средства у здоровыхъ людей при

0,0005 grm даетъ невѣрные результаты; при 0,0025 до 0,005 получаются болѣе вѣрные результаты анестезіи, наступающей отъ 20 до 40' послѣ впрыскиванія и длящейся отъ 3 до 12 часовъ. Эта анестезія сопровождается однако довольно значительными явленіями мѣстнаго раздраженія. Полнаго отсутствія чувствительности этимъ путемъ однако не достигается. Прикосновеніе напр. чувствуется, хотя не точно. Во всякомъ случаѣ это средство производитъ не анестезію, а аналгезію. Общихъ явленій при данныхъ дозахъ не замѣчается. Анестезія очень ничтожно выходила за предѣлы того мѣста, гдѣ производилось впрыскиваніе. При малыхъ операціяхъ это средство можно употреблять, но тамъ, гдѣ существуютъ явленія острого воспаленія, оно непримѣнимо (Neurolog. Centralb., № 5).

\* Въ Бахчисарѣ--16 февраля акцизные чиновники задержали на улицѣ татарина съ необандероленнымъ крошеннымъ табакомъ, въ количествѣ восьми фунтовъ. Отправившись вмѣстѣ съ полиціей въ домъ турецко подданнаго Исляма Эфенди-Оглы, у котораго, по словамъ задержаннаго татарина, производилась тайная крошка табаку,—лица, производившія обыскъ, наткнулись на небольшой темный чуланъ, пространствомъ болѣе четырехъ квадратныхъ аршинъ, въ которомъ, среди ужасной грязи, сырости и холода (чуланъ ни чѣмъ не согрѣвается), валялось на полу жалкое подобіе женщины; изгнавшія тряпки служили ей постелью. Ничѣмъ не прикрытая почти нагад, —несчастливая женщина дрожала и ежилась отъ холода, свернувшись въ клубокъ. Каковъ же былъ ужасъ чиновниковъ, когда они узнали, что женщина эта—родная сестра домовладѣльца Исляма Эфенди-Оглы, который объяснилъ, что сестра его—умалишенная, которую нѣтъ возможности держать въ семьѣ. По его словамъ, сестра находится въ заперти восемь или девять мѣсяцевъ, а ранѣе того была на свободѣ. По другимъ же слухамъ, женщина эта находится въ такомъ положеніи около десяти лѣтъ, что было извѣстно даже какому-то нынѣ умершему приставу г. Бахчисарая. Этого послѣдняго обстоятельства не отрицаетъ и самъ Ислямъ Эфенди, утверждающій, что онъ заявлялъ приставу о помѣшательствѣ сестры, но на это заявленіе не было обращено вниманія (Минута).

\* Въ Петербургѣ умеръ архитекторъ Штромъ. De mortuis aut bene, aut nihil.

---

Дозволено цензурою. Харьковъ, 24-го Марта 1883 г.

ныхъ, 92.—*D-r Mann*, Патологія пьянства, 92.—*D-r Parsons*, Номенклатура въ психіатріи, 94.—*D-r Blyth*, Мочевыя расстройства при свинцовомъ отравленіи, 94.—*D-r Parrish*, Судебная медицина пьянства, 94.—*D-r Macgregor*, Пьяницы въ Новой Зеландіи, 63.—*D-r Whilon*, Взглядъ криминалистовъ на самоубійство, 93.—*D-r Searcy*, Почему люди пьютъ, 94.—*D-r Woods*, Наши законы и наша власть, 94.—*D-r Francis*, Физическій трудъ на свѣжемъ воздухѣ, какъ средство леченія душевно-больныхъ, 95.—*D-r Thwing*, Американская жизнь и ея отношеніе къ пьянству, 95.—*D-r Shepard*, Горячія воздушныя ванны при пьянствѣ, 96.—*D-r Wright*, Личная ответственность при аффектахъ алкогольнаго характера, 97.—*D-r Osler*, Замѣтка о пироглицеринѣ въ эпилепсіи, 97.—*Prof. Wille*, Ученіе о сумашествіи, 97.—*D-r Thomsen*, Случай травматическаго рефлекторнаго психоза, 102.—*D-r Edinger*, О значеніи corpus striatum, 102.—*D-r Neisser*, О врожденномъ первичномъ помѣшательствѣ, 103.—*D-r Wildermuth*, Объ осложненіяхъ, 103.—*D-r Jelgersma*, Къ патогенезу эпилепсіи, 103.—*D-r Warfvinge*, Случай мучодем'и, 104.—*D-r Droege*, Психозы и болѣзни почекъ, 104.—*D-r Neisser*, О кататоніи, 105.—**Смѣсь**, 106.

Печатается и выйдетъ на дняхъ:  
**DR. PIERSON,**  
КОМПЕНДИУМЪ НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

**DR. KERR,**  
ПЬЯНСТВО,  
его причины, патологія и леченіе.

*Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго.*

**ИСТЕРО-ЭПИЛЕПСІЯ**  
**И ГИПНОТИЗМЪ**  
**P. Richet.**

Переводъ съ французскаго подъ ред. проф. Ковалевскаго.  
Сочиненіе имѣетъ 170 рис. и 9 гравюръ.

Цѣна 5 руб.



Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“,

Харьковъ, Михайловская площ., домъ фонъ-Галлера,

можно имѣть слѣдующія книги:

**Проф. П. И. Ковалевскій**, *Основы механизма душевной деятельности*. Изд. 2-е исправленное и дополненное. 1887. Ц. 1 р.

*Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи*. 1887 г. Ц. 50 к.

*Психіатрія*, 2 т. Первый томъ — общая психопатологія, второй томъ — специальная психіатрія. Ц. 4 р. Изд. 3-е, 1887.

*Судебно-психіатрическіе анализы* (для медиковъ и юристовъ) 2 т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

*Первичное помъщательство* (для медиковъ и юристовъ) Ц. 1 р. 50 к.

**А. А. Тонарскій**, *Гипнотизмъ и виденіе*. Ц. 50 к.

**Prof. Winternitz**, *Гидротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 25 коп.

**Dr. Cullerre**, *Гигіена нервныхъ людей и нейропатозъ*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редакціей проф. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Scholz**, *Діететика духа*. Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакціей профес. П. И. Ковалевскаго. 1888 годъ. Ц. 1 руб. 50 коп.

**Remak**, *Электродіагностика и электротерапія*. Переводъ К. Н. Ковалевской, подъ редак. П. И. Ковалевскаго. 1888 г. Ц. 1 р.

**Prof. Charcot**, *Лекціи по нервнымъ болезнямъ*. Пер. съ французскаго языка подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 Ц. 1 р.

**Meynert**, *Психіатрія*. Переводъ М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 3 р.

**Prof. Gowers**, *Больши головнаго мозга*. Пер. А. А. Говсѣва,

подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1886 г. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr. Ireland**, *Психозы въ исторіи*. Переводъ М. С. Буба, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1887. Ц. 1 р.

**H. Obersteiner**, *Гипнотизмъ*. Пер. съ нѣмецкаго языка подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1887 г. Ц. 50 к.

**Ball**, *Эротическое умопомѣшательство*. Пер. А. А. Яковлева. 1888. г. Ц. 30 к.

**Dr. Löwenfeld**, *Современный методъ леченія истеріи и истеріи*. Перев. Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. 1888 Ц. 1 р.

**Thudichum**, *Физиологическая химія головного мозга*. Переводъ М. Е. Ліона. 1886 г. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen**, *О разстройствахъ ассоціацій*. Пер. М. Е. Ліона. 1885 г. Ц. 1 р.

**Byrom Bramwell**, *Больши спиннаго мозга*. Пер. М. А. Шульгина, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1885. Ц. 5 р.

**Hammond**, *Половое безсиліе у мужчинъ*. Пер. А. А. Говсѣва, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Изд. 2-е, дополненное стат. Prof. Ultzmann'a: объ онанизмѣ, безплодіи, поллюціяхъ и друг. 1886. Ц. 2 р.

**Richet**, *Истеро-эпилепсія и гипнотизмъ*. Пер. подъ ред. проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. 1886 г. Ц. 5 р.

**М. А. Шульгинъ**, *Схема прохода волоконъ въ cerebro-спинальной системѣ человека*. 1884 г. Ц. 1 р.

**И. Я. Платоновъ**, *Правила для служащихъ при домъ умалишенныхъ*. 1883 г. Ц. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступ. отъ 20 до 50%.











AUG 9 - 1939

